



REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

Excelentíssimo:

Sr. Prefeito

Sr. Secretário(a)

NOME: Francisca Maria Bauindo CPF: 572-735-564-011

CARGO/FUNÇÃO: Agente comunitário de saúde MATRÍCULA Nº: _____

SECRETARIA: de saúde LOCAL DE TRABALHO: PSF I

Venho respeitosamente perante V. Ex^a requerer:

Marque com X uma das opções abaixo:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> APOSENTADORIA | <input type="checkbox"/> LICENÇA P/ SERVIÇO MILITAR |
| <input type="checkbox"/> AVERBAR TEMPO DE SERVIÇO | <input type="checkbox"/> LICENÇA PRÊMIO |
| <input type="checkbox"/> CERTIDÃO DE TEMPO DE SERVIÇO | <input type="checkbox"/> LICENÇA SEM VENCIMENTOS |
| <input type="checkbox"/> DECLARAÇÃO | <input type="checkbox"/> SALÁRIO FAMÍLIA |
| <input type="checkbox"/> EXONERAÇÃO A PEDIDO DO SERVIDOR | <input type="checkbox"/> PENSÃO POR MORTE |
| <input type="checkbox"/> FECHAMENTO DE VÍNCULO (CNIS) | <input type="checkbox"/> PERMUTA OU CEDÊNCIA |
| <input type="checkbox"/> GOZO DE FÉRIAS | <input type="checkbox"/> REMOÇÃO A PEDIDO DO SERVIDOR |
| <input type="checkbox"/> LICENÇA MATERNIDADE/PATERNIDADE | <input type="checkbox"/> READAPTAÇÃO DE FUNÇÃO |
| <input type="checkbox"/> LICENÇA MÉDICA | <input type="checkbox"/> TITULAÇÃO DE ESCOLARIDADE |
| <input type="checkbox"/> LICENÇA P/ ATIVIDADE POLÍTICA | <input checked="" type="checkbox"/> OUTROS: |

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Solicito o sentivo adicional de saúde que eu recebia e ficando o qual nos ganhamos a casa que o advogado recorreu nos ganhamos a casa.

Francisca Maria Bauindo.

Assinatura do(a) requerente

Data: 07/10/2025

Autorização do(a) Gestor(a)

Data: ___/___/___

