



REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

Excelentíssimo:

Sr. Prefeito

Sr. Secretário(a)

NOME: Luiza Marina Rodrigues CPF: 682-356-234-04

CARGO/FUNÇÃO: Agente Comunitário de Saúde MATRÍCULA Nº:

SECRETARIA: De Saúde LOCAL DE TRABALHO: UBS de Gressor

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 checked="" 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 type="checkbox"/> OUTROS: |

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Venho por meio deste requerer o gozo de três meses de licença prêmio a partir da primeira de dezembro de 2025 a vinte e oito de fevereiro 2026

Luiza Marina Rodrigues

Assinatura do(a) requerente

Data: 23/10/2025

Autorização do(a) Gestor(a)

Data: ___/___/___

