



Excelentíssimo:

Prefeito : Haroldo Silva Tavares
 Secretário (a)

NOME: Maria Synarah kelly de Lima Xavier CPF: 008.260.644-77

CARGO OU FUNÇÃO: Agente C. de Saúde / Tesoureiro MATRICULA N°.

SECRETARIA: administração LOCAL DE TRABALHO:
Tesouraria

VEM MUI RESPEITOSAMENTE PERANTE V. EX^a. REQUERER:

Marque com um X, uma das opções abaixo

ANOTAR DIPLOMA OU/ CURSO SALÁRIO FAMILIA

AVERBAR TEMPO DE SERVIÇO AUT. P/ CONT.DE TEMPO P/ L. PRÊMIO

FÉRIAS – GOZAR AUT.P/ CONT. TEMPO P/ APOSENTADORIA

APOSENTADORIA VACÂNCIA

CERT. DE TEMPO DE SERVIÇO READAPTAÇÃO DE CARGO

EXONERAÇÃO RETIFICAÇÃO DE NOME

LICENÇA PRÊMIO AUTORIZAÇÃO DE LICENÇA PREMIO

LICENÇA A GESTANTE DECLARAÇÃO

LICENÇA SEM VENCIMENTOS OUTROS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

Venho respeitosamente requerer exoneração do cargo em comissão de tesoureiro a partir de 31/01/2024.


ASSINATURA DO REQUERENTE

AUTORIZAÇÃO DO GESTOR

Data: 29/01/24

Data: ___/___/___