



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

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ANOTAR DIPLOMA OU/ CURSO | <input type="checkbox"/> SALÁRIO FAMILIA |
| <input type="checkbox"/> AVERBAR TEMPO DE SERVIÇO | <input type="checkbox"/> AUT. P/ CONT.DE TEMPO P/ L. PRÊMIO |
| <input type="checkbox"/> FÉRIAS – GOZAR | <input type="checkbox"/> AUT.P/ CONT. TEMPO P/ APOSENTADORIA |
| <input type="checkbox"/> APOSENTADORIA | <input type="checkbox"/> VACÂNCIA |
| <input type="checkbox"/> CERT. DE TEMPO DE SERVIÇO | <input type="checkbox"/> READAPTAÇÃO DE CARGO |
| <input type="checkbox"/> EXONERAÇÃO | <input type="checkbox"/> RETIFICAÇÃO DE NOME |
| <input type="checkbox"/> LICENÇA PRÊMIO | <input type="checkbox"/> AUTORIZAÇÃO DE LICENÇA PREMIO |
| <input type="checkbox"/> LICENÇA A GESTANTE | <input type="checkbox"/> DECLARAÇÃO |
| <input type="checkbox"/> LICENÇA SEM VENCIMENTOS | <input type="checkbox"/> OUTROS |

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

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

01.02.2024
[Handwritten signature]

ASSINATURA DO REQUERENTE

AUTORIZAÇÃO DO GESTOR

Data: 29/01/24

Data: ___/___/___