



Excelentíssimo:

Prefeito
 Secretário (a)

NOME: LUIZ ADOLFO MIRANDA BEM CPF: 103.905.654-74

CARGO OU FUNÇÃO: MÉDICO PLANTONISTA MATRICULA Nº. 642-1

SECRETARIA: SAÚDE LOCAL DE TRABALHO: HPP

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 checked="" type="checkbox"/> FÉRIAS - GOZAR	<input type="checkbox"/> AUT. P/ CONT. TEMPO P/ APOSENTADORIA
<input type="checkbox"/> APOSENTADORIA	<input type="checkbox"/> REMOÇÃO
<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 À GESTANTE	<input type="checkbox"/> DECLARAÇÃO
<input type="checkbox"/> LICENÇA SEM VENCIMENTOS	<input type="checkbox"/> OUTROS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

SOLICITO GOZAR 30 DIAS DE FÉRIAS, A PARTIR DE 01/11/2025, REFERENTE AO ANO DE 2024.

Documento assinado digitalmente

gov.br

LUIZ ADOLFO MIRANDA BEM
Data: 30/08/2025 12:31:29-0300
Verifique em <https://validar.itf.gov.br>

ASSINATURA DO REQUERENTE

Data: 30/08/2025

AUTORIZAÇÃO DO GESTOR

Data: ___/___/___