



REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

Excelentíssimo:

Sr. Prefeito

Sr. Secretário(a)

NOME: Regina Célia da Silva Oliveira CPF: 943.799-984-87

CARGO/FUNÇÃO: AGENTE DE SAÚDE MATRÍCULA Nº:

SECRETARIA: SAÚDE LOCAL DE TRABALHO: PSFI

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 ENQUADRAMENTO DA PROGRESSÃO HORIZONTAL CONFORME A LEI 195/2019 CAP. II, ART. 16. LEI QUE ESTABELECE O PLANO DE CARGOS, E CARREIRAS E REMUNERAÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE, DO MUNICÍPIO DE VERDEJANTE.

Regina Célia da Silva Oliveira

Assinatura do(a) requerente

Data: 08/04/25

Autorização do(a) Gestor(a)

Data: / /

