



REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO Telef: 88988-935506

Excelentíssimo:

- Sr. Prefeito  
 Sr. Secretário(a)

NOME: *maria balva dos santos peliciano* CPF: *884.130.394-87*

CARGO/FUNÇÃO: *Agente Comunitário de Saúde* MATRÍCULA Nº:

SECRETARIA: *Secretaria de Saúde* LOCAL DE TRABALHO:

Venho respeitosamente perante V. Exª 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 de Saúde do Município de Verdejante - PE.*

*maria balva dos santos peliciano*

Assinatura do(a) requerente

Data: *09/10/2025*

Autorização do(a) Gestor(a)

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

