



(87) 999587766

Excelentíssimo:

<input type="checkbox"/>	Prefeito
<input checked="" type="checkbox"/>	Secretario (a)

NOME: Karlos Magno Carvalho Leão	CPF: 073.852.274-06
----------------------------------	---------------------

CARGO OU FUNÇÃO: Médico Plantonista	MATRICULA Nº. 539
-------------------------------------	-------------------

SECRETARIA: Saúde	LOCAL DE TRABALHO: HPP
-------------------	------------------------

VEM MUI RESPEITOSAMENTE PERANTE V. EXª. REQUERER:

Marque com um X, uma das opções abaixo

<input type="checkbox"/> ANOTAR DIPLOMA OU/ CURSO	<input type="checkbox"/> SALÁRIO FAMÍLIA
<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 02/10/2025, REFERENTE AO ANO DE 2024.



Documento assinado digitalmente
KARLOS MAGNO CARVALHO LEAO
Data: 21/08/2025 23:06:18-0300
Verifique em <https://validar.it.gov.br>

ASSINATURA DO REQUERENTE

Data: 21 / 08 / 2025

AUTORIZAÇÃO DO GESTOR

Data: ___ / ___ / ___