



Excelentíssimo:

Prefeito
 Secretário (a)

NOME: Luiza Marina Rodrigues CPF: 682.356.234-04

CARGO OU FUNÇÃO: Agente Comunitário de Saúde MATRÍCULA Nº. _____

SECRETARIA: Secretaria de Saúde LOCAL DE TRABALHO: UBS II

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"/> 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 checked="" type="checkbox"/> OUTROS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

Solicito enquadramento da progressão horizontal, conforme a lei 935/2019, cap IV, art. 16, lei que estabelece o plano de cargos, carreiras e remuneração dos agentes comunitários de saúde do município de Verdejante-PE.

Luiza Marina Rodrigues
ASSINATURA DO REQUERENTE

AUTORIZAÇÃO DO GESTOR

Data: 35/07/2025

Data: ___/___/___