

Excelentíssimo:

Prefeito
 Secretário (a)

NOME: <u>Irislene Mª Silva</u>	CPF: <u>039642319-01</u>
CARGO OU FUNÇÃO: <u>Agente Comunitária Saúde</u>	MATRICULA Nº.
SECRETARIA: <u>Saúde</u>	LOCAL DE TRABALHO: <u>UBS II - Grossos</u>

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: II art:16, lei que estabelece o Plano de Cargos e Funções e remunerações dos agentes comunitários de saúde do município de Verdejante.

Irislene Maria Silva
ASSINATURA DO REQUERENTE

AUTORIZAÇÃO DO GESTOR

Data: 15 / 07 / 2025

Data: ___ / ___ / ___