



Excelentíssimo:



Secretario

NOME: CASSIA SIMONE GONDIM SALES MAGALHÃES CPF: 668.607.844-15

CARGO OU FUNÇÃO: ENFERMEIRA PLANTONISTA MATRICULA N°.

SECRETARIA: SECRETARIA DE 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"/> SALARIO FAMILIA
<input type="checkbox"/> AVERBAR TEMPO DE SERVIÇO	<input type="checkbox"/> AUT. P/ CONT.DE TEMPO P/ L. PREMIO
<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 PREMIO	<input type="checkbox"/> AUTORIZAÇÃO DE LICENÇA PREMIO
<input type="checkbox"/> LICENÇA A GESTANTE	<input type="checkbox"/> DECLARAÇÃO
<input type="checkbox"/> LICENÇA SEM VENCIMENTOS	<input type="checkbox"/> OUTROS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

Venho através deste solicitar as minhas férias referente ao ano de 2024, a partir do dia 15/04 ao dia 15 de maio de 2025, bem como o recebimento de 1/3 do salário, referente as férias.

*Cassia Simone Gondim Sales Magalhães*  
ASSINATURA DO REQUERENTE

AUTORIZAÇÃO DO GESTOR

Data: 15/04/2025

Data: / /