



Excelentíssimo:

| | |
|--------------------------|----------------|
| <input type="checkbox"/> | Prefeito |
| <input type="checkbox"/> | Secretário (a) |

NOME: Pedro Lucas da Silva Santos CPF: 100.905.944-02

CARGO OU FUNÇÃO: Técnico de Enfermagem MATRICULA Nº. _____

SECRETARIA: Municipal de SAÚDE LOCAL DE TRABALHO: UBS III LAGOA

TEM 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 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 PRÊMIO |
| <input type="checkbox"/> LICENÇA À GESTANTE | <input type="checkbox"/> DECLARAÇÃO |
| <input type="checkbox"/> LICENÇA SEM VENCIMENTOS | <input type="checkbox"/> OUTROS |

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

Solicito 15 dias de férias referente ao ano de 2024, a partir do dia 07 de JULHO de 2025.

Pedro Lucas da Silva Santos
ASSINATURA DO REQUERENTE

AUTORIZAÇÃO DO GESTOR

Data: 23/06/2025

Data: / /