



Excelentíssimo:

Prefeito  
 Secretário (a)

(87)988399690

NOME: MARIA DAS NEVES DE SOUZA CPF: 700541744-15

CARGO OU FUNÇÃO: AGENTE C. DE SAÚDE MATRICULA Nº.

SECRETARIA: SAÚDE LOCAL DE TRABALHO: UBS-JJ

**VEM MUI RESPEITOSAMENTE PERANTE V. EX<sup>a</sup>. 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 DE PROGRESSÃO HORIZONTAL  
CONFORME À LEI 935 / 2019 CAP. II Art. 16  
LEI QUE ESTABELECE O PLANO DE CARGOS E CARREI-  
RAS E REMUNERAÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS  
DE SAÚDE DE VERDEJANTE.

MARIA DAS NEVES DE SOUZA  
ASSINATURA DO REQUERENTE

\_\_\_\_\_  
AUTORIZAÇÃO DO GESTOR

Data: 25/07/2025

Data:   /  /