

Escalafões:

- Sr. Prefeito  
 Sr. Secretário(a)

NOME: MARIA ZENEIDE BARBOSA FELISARDO CPF: 889.645.743.90.

CARGO/FUNÇÃO: TECNICA ENFERMAGEM MATRÍCULA Nº:

SECRETARIA: DE SAÚDE LOCAL DE TRABALHO: UBS JU

Venha respeitosamente perante V. Exª requerer:

Marque com X uma das opções abaixo:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> APOSENTADORIA                   | <input type="checkbox"/> LICENÇA P/ SERVIÇO MILITAR    |
| <input type="checkbox"/> AVERBAR TEMPO DE SERVIÇO        | <input type="checkbox"/> LICENÇA PRÊMIO                |
| <input type="checkbox"/> CERTIDÃO DE TEMPO DE SERVIÇO    | <input type="checkbox"/> LICENÇA SEM VENCIMENTOS       |
| <input checked="" type="checkbox"/> DECLARAÇÃO           | <input type="checkbox"/> SALÁRIO FAMILIA               |
| <input type="checkbox"/> EXONERAÇÃO A PEDIDO DO SERVIDOR | <input type="checkbox"/> PENSÃO POR MORTE              |
| <input type="checkbox"/> FECHAMENTO DE VÍNCULO (CNI/S)   | <input type="checkbox"/> PERMUTA OU CEDÊNCIA           |
| <input type="checkbox"/> GOZO DE FÉRIAS                  | <input type="checkbox"/> RENOVÇÃO A PEDIDO DO SERVIDOR |
| <input type="checkbox"/> LICENÇA MATERNIDADE/PATERNIDADE | <input type="checkbox"/> READAPTAÇÃO DE FUNÇÃO         |
| <input type="checkbox"/> LICENÇA MÉDICA                  | <input type="checkbox"/> TITULAÇÃO DE ESCOLARIDADE     |
| <input type="checkbox"/> LICENÇA P/ ATIVIDADE POLÍTICA   | <input type="checkbox"/> OUTROS:                       |

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Solicito cancelo tempo de período. Período  
03/06/2021 a 18/11/2021

Maria Zeneide Barbosa Felisardo

Assinatura do(a) requerente  
 Data: 26/06/2025

Autorização do(a) Gestor(a)  
 Data:   /  /  

