



REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

Excelentíssima:

Sr. Prefeito

Sr. Secretário(a)

NOME: *Eliane M^o dos Santos Pereira* CPF: *908.324.644-15*

CARGO/FUNÇÃO: *agente comunitária de saúde* MATRÍCULA Nº: *H60-1*

SECRETARIA: *Saúde* LOCAL DE TRABALHO: *PSF-1V*

Venho respeitosamente perante V. Ex^a 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 type="checkbox"/> DECLARAÇÃO	<input type="checkbox"/> SALÁRIO FAMÍLIA
<input type="checkbox"/> EXONERAÇÃO A PEDIDO DO SERVIDOR	<input type="checkbox"/> PENSÃO POR MORTE
<input type="checkbox"/> FECHAMENTO DE VÍNCULO (CNIS)	<input type="checkbox"/> PERMUTA OU CEDIÊNCIA
<input type="checkbox"/> GOZO DE FÉRIAS	<input type="checkbox"/> REMOÇÃO 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 checked="" type="checkbox"/> OUTROS:

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Olendo, por meio deste, solicitar a falta Financeira, referente ao período de janeiro de 2020 a Dezembro de 2024.

Eliane Maria dos Santos Pereira

Assinatura do(a) requerente

Data: *28/4/2025*

Autorização do(a) Gestor(a)

Data: */ /*

