



PREFEITURA MUNICIPAL DE RETIROLÂNDIA

DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS

Para Uso da Direção:

REQUERIMENTO

Nome: 201768-SORAIA CRUZ RAMOS Admissão: 01/03/2004
Cargo: ODONTOLOGO(A) 40H Unidade: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
RG: 22688059 CPF: 51312476591 Local de Trab.: POSTO DE SAUDE - FERNANDO PRESIDIO
Endereço: RUA ANTONIO GORDIANO FILHO, Nº 288, Balrro: CENTRO, Cidade: CONCEICAO DO COITE

REQUER A V. Sa., SE DIGNE CONCEDER

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ABONO DE FALTA | <input type="checkbox"/> LICENÇA SEM REMUNERAÇÃO |
| <input type="checkbox"/> ADIANTAMENTO DO 13º SALÁRIO (6/12 AVOS) | <input type="checkbox"/> LICENÇA MATERNIDADE |
| <input type="checkbox"/> APOSENTADORIA | <input type="checkbox"/> LICENÇA PARA TRAT. DE SAÚDE |
| <input type="checkbox"/> HORAS EXTRAS | <input type="checkbox"/> LICENÇA PATERNIDADE |
| <input type="checkbox"/> AVERBAÇÃO DE TEMPO DE SERVIÇO | <input type="checkbox"/> LICENÇA POR INTERESSE PARTICULAR |
| <input type="checkbox"/> CERTIDÃO DE TEMPO DE SERVIÇO | <input checked="" type="checkbox"/> LICENÇA PRÊMIO POR ASSIDUIDADE |
| <input type="checkbox"/> CONTAGEM DE TEMPO DE SERVIÇO | <input type="checkbox"/> MUDANÇA DE CONTA CORRENTE |
| <input type="checkbox"/> DECLARAÇÃO | <input type="checkbox"/> MUDANÇA DE ENDEREÇO |
| <input type="checkbox"/> RETIFICAÇÃO DE TEMPO DE SERVIÇO | <input type="checkbox"/> PENSÃO |
| <input type="checkbox"/> DISPENSA DE FUNÇÃO | <input type="checkbox"/> PROGRESSÃO FUNCIONAL POR TITULAÇÃO – DOCENTE |
| <input type="checkbox"/> FÉRIAS (1/3) | <input type="checkbox"/> PROGRESSÃO FUNCIONAL POR TITULAÇÃO – ADMINIST. |
| <input type="checkbox"/> INCLUSÃO DE DEPENDENTES IRRF | <input type="checkbox"/> ABONO PECUNIARIO |
| <input type="checkbox"/> RESCISÃO DE CONTRATO | <input type="checkbox"/> PEDIDO DE DESL POR MOTIVO DE APOSENTADORIA |
| <input type="checkbox"/> INCLUSÃO DE DEPENDENTES SALÁRIO FAMÍLIA | <input type="checkbox"/> OUTROS |
| <input type="checkbox"/> DIÁRIAS | |

Justificativa/Observação

Solicito concessão de licença prêmio por tempo de assiduidade e pela proximidade da aposentadoria

Nestes termos
P. deferimento

RETIROLÂNDIA, 23 de maio de 2025.

Sorcia Cruz Ramos
Assinatura do Requerente

Data: 23/05/2025

Chefe Imediato

☐ Deferido
☐ Indeferido

OBS:

Data: ___/___/___ Assinatura: _____

Departamento Pessoal

☐ Providenciado

Assinatura

Data: ___/___/___

Prefeito(a) Municipal

☐ Deferido
☐ Indeferido

Assinatura

Data: ___/___/___

Sistema de Folha de Pagamento - Fator Sistemas - (71) 3038-8800

RECEBIDO
23-05-2025