



PREFEITURA MUNICIPAL DE RETIROLANDIA

DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS

REQUERIMENTO

Para Uso da Direção:

Nome: 402-IRACY DOS SANTOS ANDRADE

Admissão: 02/09/1996

CPF: 552.175.085-15

Cargo: ZE-ADOR(A) 40H

Secretaria: SEC. MUN. DE EDUCAÇÃO CULTURA E ESPORTE

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"/> CEPTIDÃO 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"/> OUTROS |
| <input type="checkbox"/> INCLUSÃO DE DEPENDENTES SALÁRIO FAMÍLIA | |

Justificativa/Observação

preciso me afastar das atividades para tratamento de saúde

Declaro ter lido e
P. deferimento

RETIROLANDIA, 11 de julho de 2025.

Iracy dos Santos Andrade

Data: 15/07/2025

Chefe Imediato

☐ Deferido
☐ Indeferido

OBS:

Data: ____/____/____ Assinatura

Departamento Pessoal

☐ Providenciado

Data: ____/____/____

Prefeito(a) Municipal

☐ Deferido
☐ Indeferido

Data: ____/____/____