



PREFEITURA MUNICIPAL DE RETIROLÂNDIA

DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS

REQUERIMENTO

Para Uso da Direção:

Nome: 201940-ALTEVY ALVES DA SILVA Admissão: 01/12/2006 CPF: 942.155.455-87

Cargo: AGENTE COMUNITARIO DE SAUDE 40H Secretaria: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

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 PECUNIÁRIO |
| <input type="checkbox"/> RESCISÃO DE CONTRATO | <input type="checkbox"/> OUTROS |
| <input type="checkbox"/> INCLUSÃO DE DEPENDENTES SALÁRIO FAMÍLIA | |

Justificativa/Observação

SINUNCIA DE MEU PAI PIS QUE EU POSSO DA LHE
UM MZ HOI SUPERTE MAS NECESSIDADES DA MÃE

Nestes termos
P. deferimento

RETIROLÂNDIA, 23 de julho de 2025.

Altivy Alvares de Silva

Data: 23.07.2025

Chefe Imediato

☐ Deferido
☐ Indeferido

OBS: _____

Data: ____/____/____ Assinatura _____

Departamento Pessoal

☐ Providenciado

Data: ____/____/____

Prefeito(a) Municipal

☐ Deferido
☐ Indeferido

Data: ____/____/____