



PREFEITURA MUNICIPAL DE RETIROLÂNDIA

DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS

Para Uso da Direção:

REQUERIMENTO

Nome: **201706-MARIA CELIA DA SILVA SANTANA**

Admissão: **01/02/1995**

Cargo: **TÉCNICO DE ENFERMAGEM 40H**

Unidade: **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

RG: **03.656.153-31** CPF: **48997668587** Local de Trab.: **HOSPITAL MUNICIPAL DE RETIROLÂNDIA**

Endereço: **RUA DO POCINHO, Nº 0, Bairro: CENTRO, Cidade: RETIROLÂNDIA**

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"/> 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

+ CUIDADOS COM A SAÚDE

Nestes termos
P. deferimento

RETIROLÂNDIA, 04 de novembro de 2025.

+ *Maria Célia da S. Santana*
Assinatura do Requerente

Data: 04/10/2025

Chefe Imediato

☐ Deferido
☐ Indeferido

OBS:

Data: ___/___/___ Assinatura: _____

Departamento Pessoal

☐ Providenciado

Assinatura

Data: ___/___/___

Prefeito(a) Municipal

☐ Deferido
☐ Indeferido

Assinatura

Data: ___/___/___