

# REQUERIMENTO

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Férias   | <input type="checkbox"/> Licença Maternidade                               |
| <input type="checkbox"/> Averbação de Tempo de Serviço<br>Férias - Prêmio                     | <input type="checkbox"/> Licença Paternidade                               |
| <input type="checkbox"/> Conversão de Férias – Prêmio em<br>Adicional de Assiduidade          | <input type="checkbox"/> Licença Casamento                                 |
| <input type="checkbox"/> Revisão de Provento para<br>inclusão de Gratificação de<br>adicional | <input type="checkbox"/> Licença por falecimento de<br>pessoa da família   |
| <input type="checkbox"/> Certidão/Declaração de Tempo<br>de Serviço                           | <input type="checkbox"/> Licença para tratamento de<br>saúde               |
| <input type="checkbox"/> Auxílio Funeral  | <input type="checkbox"/> Licença para acompanhar<br>pessoa da família      |
| <input type="checkbox"/> Gratificação da opção 40% dos<br>vencimentos do cargo em<br>comissão | <input type="checkbox"/> Licença para campanha<br>Eleitoral                |
| <input type="checkbox"/> Licença/Acidente em Serviço/<br>Acidente Profissional                | <input type="checkbox"/> Licença para tratar de<br>interesses particulares |
|   | <input type="checkbox"/> Outros  |

## REQUERENTE:

NOME:

CARGO:

SECRETARIA:

ENDEREÇO:

TEL.:

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

ILUSTRÍSSIMO SENHOR SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE:

Requeiro a concessão da vantagem e/ou direito acima assinalada, nos termos da legislação em vigor aplicável ao assunto.

Laranja da Terra/ES, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
REQUERENTE