**PREFEITURA MUNICIPAL DE RETIROLANDIA**

DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS

# REQUERIMENTO

Para Uso da Direção:

Nome: 201962-ROSEMARIA DO SANTOS SILVA DE ARAUJO Admissão: 01/12/2006 CPF: 991.165.795-15

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

## REQUER A V. Sa., SE DIGNE CONCEDER

- [ ] ABONO DE FALTA
- [ ] ADIANTAMENTO DO 13o SALÁRIO (6/12 AVOS)
- [ ] APOSENTADORIA
- [ ] HORAS EXTRAS
- [ ] AVERBAÇÃO DE TEMPO DE SERVIÇO
- [ ] CERTIDÃO DE TEMPO DE SERVIÇO
- [ ] CONTAGEM DE TEMPO DE SERVIÇO
- [ ] DECLARAÇÃO
- [ ] RETIFICAÇÃO DE TEMPO DE SERVIÇO
- [ ] DISPENSA DE FUNÇÃO
- [ ] FÉRIAS (1/3)
- [ ] INCLUSÃO DE DEPENDENTES IRRF
- [ ] RESCISÃO DE CONTRATO
- [ ] INCLUSÃO DE DEPENDENTES SALÁRIO FAMÍLIA
- [ ] LICENÇA SEM REMUNERAÇÃO
- [ ] LICENÇA MATERNIDADE
- [ ] LICENÇA PARA TRAT. DE SAÚDE
- [ ] LICENÇA PATERNIDADE
- [ ] LICENÇA POR INTERESSE PARTICULAR
- [x] LICENÇA PRÊMIO POR ASSIDUIDADE
- [ ] MUDANÇA DE CONTA CORRENTE
- [ ] MUDANÇA DE ENDEREÇO
- [ ] PENSÃO
- [ ] PROGRESSÃO FUNCIONAL POR TITULAÇÃO – DOCENTE
- [ ] PROGRESSÃO FUNCIONAL POR TITULAÇÃO – ADMINIST.
- [ ] ABONO PECUNIARIO
- [ ] OUTROS

.....

**Justificativa/Observação**

• Necessito de estar presente no tratamento oncológico da minha irmã e cuidar de minha mãe acamada. Graça.

**Nestes termos**
**P. deferimento**

RETIROLANDIA, 12 de agosto de 2025.

Rosemaria dos Santos Silva de Araujo

Data: 12/08/2025

**Chefe Imediato**

- [ ] Deferido
- [ ] Indeferido

OBS: .....

.....

.....

Data: ___/___/_____ Assinatura _____

**Departamento Pessoal**

- [ ] Providenciado

_____

Data: ___/___/_____

**Prefeito(a) Municipal**

- [ ] Deferido
- [ ] Indeferido

_____

Data: ___/___/_____

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

Digitalizado com CamScanner