



PREFEITURA MUNICIPAL DE RETIROLÂNDIA

DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS

Para uso da Direção

REQUERIMENTO

Nome: CELIA DE JESUS SILVA

Admissão: 01/04/1998

Cargo: GARI

Unidade: SEC. MUN. INFRAESTRUTURA E SERV

RG: 01.11.1992-02

CPF: 73090885534

Local de Trab.: DELEGACIA

Endereço: TRAVESSA 31 DE MARÇO, Nº 999, Bairro: CENTRO, Cidade: RETIROLÂNDIA

REQUER A V. Sa., SE DIGNO CONCEDER

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ADONO DE FALTA | <input type="checkbox"/> LICENÇA SEM REMUNERAÇÃO |
| <input type="checkbox"/> ADIANTAMENTO DO 13º SALÁRIO (R/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"/> AVERSAÇÃO 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 checked="" 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 IRPF | <input type="checkbox"/> ABONO PECUINÁRIO |
| <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

Preso me afastar para fazer tratamento de saúde, pois estou com muitos problemas de saúde.

Dados formos
P. Colorimento

RETIROLÂNDIA, 27 de agosto de 2025.

Celia de Jesus Silva
Assinatura do Requerente

Chefe imediato

☒ Deferido
☐ Indeferido

OBS:

Data: ____/____/____ Assinatura: _____

Departamento Pessoal

☒ Providenciado

Assinatura

Data: ____/____/____

Prefeito(a) Municipal

☒ Deferido
☐ Indeferido

Assinatura

Data: ____/____/____