

ESTADO DE PERNAMBUCO

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE

VIVENDO UM NOVO TEMPO

REQUERIMENTO

BLOCO 1 - CADASTRO FUNCIONAL

NOME DO(A) FUNCIONÁRIO(A)		MATRÍCULA
Jagna Rafaelle da Silva		708479
CPF	DATA DE ADMISSÃO	RG - ÓRGÃO EXPEDIDOR
079.111434-32	01/10/2021	33214719/5DS
VÍNCULO	SECRETARIA	UNIDADE DE TRABALHO
Eletivo	Secretaria de Saúde	VBS - Santo Agostinho
CARGO/FUNÇÃO	TELEFONES PARA CONTATO	
Técnica de Enfermagem	(81) 9938-1536 / 99246-0615	

REQUER AO(A) EXMO(A). SR(A). SECRETÁRIO(A)

BLOCO 2 - REQUISIÇÃO DE

☐ 01 ABONO DE FALTA	☐ 15 DEPENDENTES SALÁRIO FAMÍLIA E/OU IMPOSTO DE RENDA
☐ 02 ADICIONAL NOTURNO	☒ 16 EXONERAÇÃO (RECONHECER FIRMA ASSINATURA)
☐ 03 ADICIONAL POR HORAS EXTRAS DE TRABALHO	☐ 17 LICENÇA CASAMENTO OU FALECIMENTO DE FAMILIAR
☐ 04 ADICIONAL POR INSALUBRIDADE	☐ 18 LICENÇA PATERNIDADE
☐ 05 ADICIONAL POR QUINQUÊNIO	☐ 19 LICENÇA PARA ACOMPANHAR CÔNJUGE
☐ 06 AFASTAMENTO PARA ATIVIDADE POLÍTICA ELEITORAL	☐ 20 LICENÇA PARA TRATO DE INTERESSE PARTICULAR
☐ 07 AFASTAMENTO PARA MESTRADO OU DOUTORADO	☐ 21 PROGRESSÃO POR ELEVAÇÃO DE NÍVEL PROFISSIONAL
☐ 08 AFASTAMENTO PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO MILITAR	☐ 22 PRESTAÇÃO DE SERVIÇO MILITAR
☐ 09 AFASTAMENTO PARA SUBMETTER-SE A PROVAS	☐ 23 RETIFICAÇÃO DO NOME
☐ 10 AUXÍLIO FUNERAL	☐ 24 RECEBIMENTO DO 1/3 DE FÉRIAS
☐ 11 AUXÍLIO NATALIDADE	☐ 25 REAJUSTE SALARIAL
☐ 12 CERTIDÃO PARA FINS DE APOSENTADORIA	☐ 26 REMOÇÃO DE UNIDADE DE TRABALHO (EDUCAÇÃO)
☐ 13 CONCESSÃO DAS FÉRIAS	☐ 27 RESCISÃO DE CONTRATO (RECONHECER FIRMA ASSINATURA)
☐ 14 CONCESSÃO DE LICENÇA PRÊMIO	☐ 28 OUTROS

BLOCO 3 - ANEXOS (Anexar os documentos necessários para o atendimento da requisição)

Estou anexando _____ documentos necessários à solução do assunto e para que presta as seguintes informações complementares:

BLOCO 4 - CONCESSÃO DA LICENÇA PRÊMIO

Em virtude de 10 (dez) anos de serviços prestados a esta Municipalidade e de maneira ininterrupta, no período aquisitivo informado a seguir:

De ____ / ____ / ____ à ____ / ____ / ____

BLOCO 5 - EXONERAÇÃO ou RESCISÃO DE CONTRATO TEMPORÁRIO (AUTENTICAR ASSINATURA)

- ☒ Confirmando o meu pedido de exoneração a partir de 09/11/2021 e estou ciente que deverei quitar os débitos porventura existentes.
- ☐ Confirmando o meu pedido de rescisão de contrato a partir de ____ / ____ / ____ e estou ciente que deverei quitar os débitos porventura existentes.

Sec. Administração e RH

Protocolo

Recebi em 16/11/2021

às 11:43F(s) 1

Savanna

BLOCO 6 - CONCESSÃO DE FÉRIAS

Responsável Pelo Recebimento

BLOCO 11 - PROTOCOLO DE RECEBIMENTO ELETRÔNICO

Assinatura da Chefia Imediata

Em: ____/____/____

Recebida e encaminhada.

Assinatura do Secretário Municipal de Saúde

Em: ____/____/____

Ciente, encaminha-se ao Departamento de Recursos Humanos.

Assinatura do(a) Servidor(a)

Solicitação do atendimento feita em: 09/11/2021

ABELIONATO ELIAS MATHIAS

BLOCO 10 - SOLICITAÇÃO E AUTORIZAÇÕES

BLOCO 8 - INFORMAÇÕES E DESPACHOS

BLOCO 9 - CAMPO PARA AUTENTICAÇÃO DE ASSINATURA NO CARTÓRIO

BLOCO 7 - DEPENDENTES PARA SALÁRIO FAMÍLIA E/OU DEDUÇÃO DE IMPOSTO DE RENDA

☐ Devolvido p/ correções ☐ Analisado ☐ Cálculos efetuados ☐ Arquivo ☐ Para uso do DRH

☐ Defendido. Motivos: _____

☐ Contrário. Motivos: _____

☐ De acordo. Compatível com a programação de trabalho desta Diretoria.

☐ ANTECIPAÇÃO DE VENCIMENTOS: Solicito e autorizo a antecipação do crédito dos meus vencimentos de férias.

☐ FÉRIAS PARCELADAS, com ____ dias em gozo, iniciando em ____/____/____ no primeiro período e com ____ dias em gozo, iniciando em ____/____/____ e terminando em ____/____/____ e terminando em ____/____/____, retornando ao trabalho em ____/____/____.

☐ FÉRIAS INTEGRAIS, com ____ dias em gozo, iniciando em ____/____/____ e terminando em ____/____/____, retornando ao trabalho em ____/____/____.

Em virtude de 12 (doze) meses de serviços prestados a esta Municipalidade e de maneira ininterrupta, no período aquisitivo informado a seguir:



SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL DE ESCADA - CARTÓRIO ÚNICO

RECONHEÇO a última por semelhança das
FACIM RAYANE DA SILVA, Id. 101.781.
Em testemunho.
Dúctas R\$ 4,30
TSM R\$ 0,30
TOTAL R\$ 5,28
Caratelle Mathias Costa dos Santos - EUBST.
Cadastral nº 007/094-M-010202101.01057
AV. DR. JOSÉ HENRIQUE, 198 - CENTRO - ESCADA/PE - CEP: 55.500-000 - TEL: 3334-1212