



# Prefeitura Municipal de Caiana

Adm.: 2017/2020 – Construindo uma nova história!

## PORTARIA Nº 0144/2017 DE 05 DE DEZEMBRO DE 2017

### “HOMOLOGA REQUERIMENTOS”

O Prefeito Municipal de Caiana, Estado de Minas Gerais, **MAURÍCIO PINHEIRO FERREIRA**, no uso de suas atribuições legais que o cargo lhe confere e, especialmente, com base na Lei Municipal nº 064/1999 e suas alterações

#### **RESOLVE:**

**Art. 1º - HOMOLOGAR** conforme disposto nos requerimentos abaixo relacionados:

RAPHAEL VITOR DIAS DE CARVALHO - Período de 01/12/2017 A 30/12/2017

MARGARETE MARIA DARES – Período de 02/01/2018 A 31/01/2018

IARA COSTA ARAUJO SOUZA – Período de 02/01/2018 A 31/01/2018

ELAINE SILVESTRE MOREIRA – Período de 02/01/2018 A 31/01/2018

HODORICK ELLERMAN MARTINS S. LASCAZES – Período de 03/01/2018 A 01/02/2018

MÁYRA BATISTA DE SOUZA – Período de 02/01/2018 A 31/01/2018

MARIA APARECIDA SILVA COSTA – Período de 02/01/2018 A 31/01/2018

ROSANGELA SEIXAS DO NASCIMENTO – Período de 02/01/2018 A 31/01/2018

**Art. 2º** - Uma vez homologado os servidores terão seus direitos concedidos, conforme mencionado em seus requerimentos.

**Art. 3º** - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, revogando-se todas as disposições em contrário.

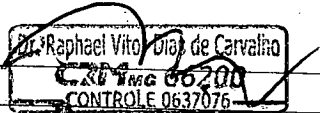
Caiana/MG, 05 de dezembro de 2017

**Maurício Pinheiro Ferreira**  
Prefeito Municipal

# REQUERIMENTO

| Requerente : <u>Raphael Vitor Dias de Carvalho</u> |      |                                                                                                                                                            |
|----------------------------------------------------|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Cargo : <u>Médico "Clínica Geral"</u>              |      |                                                                                                                                                            |
| Endereço :                                         |      |                                                                                                                                                            |
| Cidade : <u>Espera Feliz</u>                       |      |                                                                                                                                                            |
| Nº                                                 | REQ. | DESCRIÇÃO DO BENEFÍCIO                                                                                                                                     |
| 1                                                  | X    | Férias Regulamentares <u>01/12/17</u> A <u>30/12/17</u>                                                                                                    |
| 2                                                  |      | Férias Prêmio ____/____/____ A ____/____/____                                                                                                              |
| 3                                                  |      | Aposentadoria                                                                                                                                              |
| 4                                                  |      | Alteração do nome para                                                                                                                                     |
| 5                                                  |      | Licença para tratamento de Saúde                                                                                                                           |
| 6                                                  |      | Pedido de Licença sem vencimento conforme Lei 064/99 de 31 de dezembro de 1999, Estatuto do Servidor Público Municipal. Em seu artigo 156 a 159 desta Lei. |
| 7                                                  |      | Licença Maternidade                                                                                                                                        |
| 8                                                  |      | Adicional por Tempo de Serviço                                                                                                                             |
| 9                                                  |      | Outros:                                                                                                                                                    |

Documentos Anexados:

|             |                                                                                                                                                           |
|-------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Data:       | <u>23/11/2017</u>                                                                                                                                         |
| Assinatura: | <br>Raphael Vitor Dias de Carvalho<br>CRM-MG 06200<br>CONTROLE 0637076 |

Parecer da Chefia Imediata :

Sabrina Sales Brinde  
 Enfermeira  
 COREN-MG 220551

Natascha Rossmi Filgueiras  
 049.414.794-26  
 Secretária Municipal de Saúde

Parecer do Departamento Pessoal :

Despacho do Prefeito Municipal:

# REQUERIMENTO

|                                                   |  |  |
|---------------------------------------------------|--|--|
| Requerente: <u>Raphael Vitor Dias de Carvalho</u> |  |  |
| Cargo: <u>Médico "Clínica Geral"</u>              |  |  |
| Endereço: _____                                   |  |  |
| Cidade: <u>Ospera Feliz</u>                       |  |  |

| Nº | REQ. | DESCRIÇÃO DO BENEFÍCIO                                                                                                                                     |
|----|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | X    | Férias Regulamentares <u>01/12/17</u> A <u>30/12/17</u>                                                                                                    |
| 2  |      | Férias Prêmio ____/____/____ A ____/____/____                                                                                                              |
| 3  |      | Aposentadoria                                                                                                                                              |
| 4  |      | Alteração do nome para                                                                                                                                     |
| 5  |      | Licença para tratamento de Saúde                                                                                                                           |
| 6  |      | Pedido de Licença sem vencimento conforme Lei 064/99 de 31 de dezembro de 1999, Estatuto do Servidor Público Municipal. Em seu artigo 156 a 159 desta Lei. |
| 7  |      | Licença Maternidade                                                                                                                                        |
| 8  |      | Adicional por Tempo de Serviço                                                                                                                             |
| 9  |      | Outros:                                                                                                                                                    |

Documentos Anexados:

|             |                                                                                                                                                               |
|-------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Data:       | <u>23/11/2017</u>                                                                                                                                             |
| Assinatura: | <br>Dr. Raphael Vitor Dias de Carvalho<br>CPF nº 66200<br>CONTROLE 0637876 |

|                                                                                         |                                                                              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| Parecer da Chefe Imuniza: <u>Sabrina Sales Benatti</u><br>Enfermeira<br>COREN-MG 220551 | Natascha Rosina Figueiras<br>049.414.796-29<br>Secretária Municipal de Saúde |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|

|                                  |
|----------------------------------|
| Parecer do Departamento Pessoal: |
|----------------------------------|

|                                 |
|---------------------------------|
| Despacho do Prefeito Municipal: |
|---------------------------------|

# REQUERIMENTO

| Requerente: <i>Margarita Maria Dares</i> |      |                                                                                                                                                            |
|------------------------------------------|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Cargo: <i>Aux. de Saúde</i>              |      |                                                                                                                                                            |
| Endereço: <i>Rua Honório Costa nº 20</i> |      |                                                                                                                                                            |
| Cidade: <i>Cariana</i>                   |      |                                                                                                                                                            |
| Nº                                       | REQ. | DESCRIÇÃO DO BENEFÍCIO                                                                                                                                     |
| 1                                        |      | Férias Regulamentares <i>02/01/2018 A 31/01/2018</i>                                                                                                       |
| 2                                        |      | Férias Prêmio <i>1/1/1 A 1/1/1</i>                                                                                                                         |
| 3                                        |      | Aposentadoria                                                                                                                                              |
| 4                                        |      | Alteração do nome para                                                                                                                                     |
| 5                                        |      | Licença para tratamento de Saúde                                                                                                                           |
| 6                                        |      | Pedido de Licença sem vencimento conforme Lei 064/99 de 31 de dezembro de 1999, Estatuto do Servidor Público Municipal. Em seu artigo 156 a 159 desta Lei. |
| 7                                        |      | Licença Maternidade                                                                                                                                        |
| 8                                        |      | Adicional por Tempo de Serviço                                                                                                                             |
| 9                                        |      | Outros:                                                                                                                                                    |

2016/2017

Documentos Anexados:

Data: *30/11/2017*

Assinatura: *Margarita Maria Dares*

Parecer da Chefia Imediata:

*Natascha Rossetti Figueiras*  
*049/244.796-29*  
 Secretária Municipal de Saúde

*Cleide C. Motta Nery*  
 Enfermeira  
 COREN-MG 135868

Parecer do Departamento Pessoal:

Despacho do Prefeito Municipal:

## REQUERIMENTO

| Requerente: <i>Margarita Maria Fares</i> |      |                                                                                                                                                            |
|------------------------------------------|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Cargo: <i>Aux. de Saúde</i>              |      |                                                                                                                                                            |
| Endereço: <i>Rua Horácio Costa nº 20</i> |      |                                                                                                                                                            |
| Cidade: <i>Cariana</i>                   |      |                                                                                                                                                            |
| Nº                                       | REQ. | DESCRIÇÃO DO BENEFÍCIO                                                                                                                                     |
| 1                                        |      | Férias Regulamentares <i>02/10/2018 A 31/10/2018</i>                                                                                                       |
| 2                                        |      | Férias Prêmio ____/____/____ A ____/____/____                                                                                                              |
| 3                                        |      | Aposentadoria                                                                                                                                              |
| 4                                        |      | Alteração do nome para                                                                                                                                     |
| 5                                        |      | Licença para tratamento de Saúde                                                                                                                           |
| 6                                        |      | Pedido de Licença sem vencimento conforme Lei 064/99 de 31 de dezembro de 1999, Estatuto do Servidor Público Municipal: Em seu artigo 156 a 159 desta Lei. |
| 7                                        |      | Licença Maternidade                                                                                                                                        |
| 8                                        |      | Adicional por Tempo de Serviço                                                                                                                             |
| 9                                        |      | Outros:                                                                                                                                                    |

Documentos Anexados:

|             |                              |
|-------------|------------------------------|
| Data:       | <i>30/11/2017</i>            |
| Assinatura: | <i>Margarita Maria Fares</i> |

Parecer da Chefia Imediata:

*[Assinatura]*  
**Natascha Rossi Figueiras**  
 049.444.290-29  
 Secretária Municipal de Saúde

*[Assinatura]*  
**Cleide C. Motta Nery**  
 Enfermeira  
 COREN-MG 135868

Parecer do Departamento Pessoal:

Despacho do Prefeito Municipal:

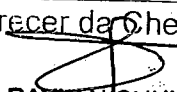
# REQUERIMENTO

| Requerente: <u>Iara Costa Araújo Souza</u>        |      |                                                                                                                                                            |
|---------------------------------------------------|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Cargo: <u>Farmacêutica NASF</u>                   |      |                                                                                                                                                            |
| Endereço: <u>Avenida Pedro de Oliveira, nº 59</u> |      |                                                                                                                                                            |
| Cidade: <u>Caiana - MG</u>                        |      |                                                                                                                                                            |
| Nº                                                | REQ. | DESCRIÇÃO DO BENEFÍCIO                                                                                                                                     |
| 1                                                 |      | Férias Regulamentares <u>02 / 01 / 2017</u> A <u>31 / 01 / 2017</u>                                                                                        |
| 2                                                 |      | Férias Prêmio <u>   </u> / <u>   </u> / <u>   </u> A <u>   </u> / <u>   </u> / <u>   </u>                                                                  |
| 3                                                 |      | Aposentadoria                                                                                                                                              |
| 4                                                 |      | Alteração do nome para                                                                                                                                     |
| 5                                                 |      | Licença para tratamento de Saúde                                                                                                                           |
| 6                                                 |      | Pedido de Licença sem vencimento conforme Lei 064/99 de 31 de dezembro de 1999, Estatuto do Servidor Público Municipal. Em seu artigo 156 a 159 desta Lei. |
| 7                                                 |      | Licença Maternidade                                                                                                                                        |
| 8                                                 |      | Adicional por Tempo de Serviço                                                                                                                             |
| 9                                                 |      | Outros:                                                                                                                                                    |

Documentos Anexados:

|             |                                |
|-------------|--------------------------------|
| Data:       | <u>30/11/2017</u>              |
| Assinatura: | <u>Iara Costa Araújo Souza</u> |

Parecer da Chefia Imediata:

|                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <br><b>RAYLAN CUNHA GRIPP</b><br><b>CRF-MG: 30543</b><br><small>COORDENADOR DE ATENÇÃO PRIMÁRIA</small><br><b>CAIANA - MG</b> | <b>Natascha Rossini Figueiras</b><br><small>049 414 296 28</small><br><b>Secretária Municipal de Saúde</b> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Parecer do Departamento Pessoal:

Despacho do Prefeito Municipal:

# REQUERIMENTO

| Requerente: <u>Lara Cortes Araújo Souza</u>       |      |                                                                                                                                                            |
|---------------------------------------------------|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Cargo: <u>Farmacêutica NASF</u>                   |      |                                                                                                                                                            |
| Endereço: <u>Avenida Pedro de Oliveira, nº 59</u> |      |                                                                                                                                                            |
| Cidade: <u>Caiana, M.G.</u>                       |      |                                                                                                                                                            |
| Nº                                                | REQ. | DESCRIÇÃO DO BENEFÍCIO                                                                                                                                     |
| 1                                                 |      | Férias Regulamentares <u>02 / 01 / 2018</u> A <u>31 / 01 / 2018</u>                                                                                        |
| 2                                                 |      | Férias Prêmio <u>  </u> / <u>  </u> / <u>  </u> A <u>  </u> / <u>  </u> / <u>  </u>                                                                        |
| 3                                                 |      | Aposentadoria                                                                                                                                              |
| 4                                                 |      | Alteração do nome para                                                                                                                                     |
| 5                                                 |      | Licença para tratamento de Saúde                                                                                                                           |
| 6                                                 |      | Pedido de Licença sem vencimento conforme Lei 064/99 de 31 de dezembro de 1999, Estatuto do Servidor Público Municipal. Em seu artigo 156 a 159 desta Lei. |
| 7                                                 |      | Licença Maternidade                                                                                                                                        |
| 8                                                 |      | Adicional por Tempo de Serviço                                                                                                                             |
| 9                                                 |      | Outros:                                                                                                                                                    |

Documentos Anexados:

|             |                                 |
|-------------|---------------------------------|
| Data:       | <u>30/11/2018</u>               |
| Assinatura: | <u>Lara Cortes Araújo Souza</u> |

Parecer da Chefia Imediata:

**RAYLAN CUNHA GRIPP**  
**CRP-MG: 30543**  
 COORDENADOR DE ATENÇÃO PRIMÁRIA  
 CAIANA - MG

**Natascha Rossini Figueiras**  
 049.414.796-25  
 Secretária Municipal de Saúde

Parecer do Departamento Pessoal:

Despacho do Prefeito Municipal:

# REQUERIMENTO

| Requerente : <u>ELAINE SILVESTRE MOREIRA</u> |      |                                                                                                                                                            |
|----------------------------------------------|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Cargo : <u>AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE</u>   |      |                                                                                                                                                            |
| Endereço : <u>DORES DE MINAS</u>             |      |                                                                                                                                                            |
| Cidade : <u>CAIANA</u>                       |      |                                                                                                                                                            |
| Nº                                           | RÉQ. | DESCRIÇÃO DO BENEFÍCIO                                                                                                                                     |
| 1                                            |      | Férias Regulamentares <u>02/01/2018</u> A <u>31/01/2018</u>                                                                                                |
| 2                                            |      | Férias Prêmio ____/____/____ A ____/____/____                                                                                                              |
| 3                                            |      | Aposentadoria                                                                                                                                              |
| 4                                            |      | Alteração do nome para                                                                                                                                     |
| 5                                            |      | Licença para tratamento de Saúde                                                                                                                           |
| 6                                            |      | Pedido de Licença sem vencimento conforme Lei 064/99 de 31 de dezembro de 1999, Estatuto do Servidor Público Municipal. Em seu artigo 156 a 159 desta Lei. |
| 7                                            |      | Licença Maternidade                                                                                                                                        |
| 8                                            |      | Adicional por Tempo de Serviço                                                                                                                             |
| 9                                            |      | Outros:                                                                                                                                                    |

Documentos Anexados:

|             |                                 |
|-------------|---------------------------------|
| Data:       | <u>30/11/2017</u>               |
| Assinatura: | <u>Elaine Silvestre Moreira</u> |

Parecer da Chefia Imediata :

Natascha Rossini Filgueiras  
049.314.236-29  
Secretária Municipal de Saúde

Cleide C. Motta Nery  
Enfermeira  
COREN-MG 135868

Parecer do Departamento Pessoal :

Despacho do Prefeito Municipal:

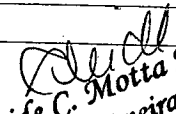


# REQUERIMENTO

| Requerente: <u>ELAINE SILVESTRE MOREIRA</u> |      |                                                                                                                                                            |
|---------------------------------------------|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Cargo: <u>AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE</u>   |      |                                                                                                                                                            |
| Endereço: <u>DORES DE MINAS</u>             |      |                                                                                                                                                            |
| Cidade: <u>CAIANA</u>                       |      |                                                                                                                                                            |
| Nº                                          | REQ. | DESCRIÇÃO DO BENEFÍCIO                                                                                                                                     |
| 1                                           |      | Férias Regulamentares <u>02/01/2018</u> A <u>31/01/2018</u>                                                                                                |
| 2                                           |      | Férias Prêmio ____/____/____ A ____/____/____                                                                                                              |
| 3                                           |      | Aposentadoria                                                                                                                                              |
| 4                                           |      | Alteração do nome para                                                                                                                                     |
| 5                                           |      | Licença para tratamento de Saúde                                                                                                                           |
| 6                                           |      | Pedido de Licença sem vencimento conforme Lei 064/99 de 31 de dezembro de 1999, Estatuto do Servidor Público Municipal. Em seu artigo 156 a 159 desta Lei. |
| 7                                           |      | Licença Maternidade                                                                                                                                        |
| 8                                           |      | Adicional por Tempo de Serviço                                                                                                                             |
| 9                                           |      | Outros:                                                                                                                                                    |

|                      |
|----------------------|
| Documentos Anexados: |
|----------------------|

|             |                                 |
|-------------|---------------------------------|
| Data:       | <u>30/11/2017</u>               |
| Assinatura: | <u>Elaine Silvestre Moreira</u> |

|                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Parecer da Chefia Imediata :<br><div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> <u>Natascha Rossini Figueiras</u><br/>             049.414.798/29<br/>             Secretária Municipal de Saúde           </div> | <br><b>Cleide C. Motta Nery</b><br>Enfermeira<br>COREN-MG 135868 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                   |
|-----------------------------------|
| Parecer do Departamento Pessoal : |
|-----------------------------------|

|                                 |
|---------------------------------|
| Despacho do Prefeito Municipal: |
|---------------------------------|

Caiana, 30 de novembro de 2017.

Solicito a chefia imediata Cleide de Carvalho Mota Nery,

Solicito o gozo das minhas férias dos dias 15 de janeiro de 2018 a 08 de fevereiro de 2018 com 25 dias, e os demais 05 dias ficarão pendentes para serem ~~trabalhados~~ retirados juntamente com o meu marido, a combinar quando o mesmo estiver com a data definida, provavelmente ainda no primeiro semestre.

Sendo solicitado em requerimento férias por 30 dias a partir de 02 de janeiro de 2018 a 31 de janeiro de 2018.

Clair Silvestre Moura - Agente Comunitária de Saúde

  
Cleide C. Motta Nery  
Enfermeira  
COREN-MG 135868  
30/11/17

## REQUERIMENTO

| Requerente : <i>WILSON ELIUMPH M. S. LASCOSZ</i> |          |                                                                                                                                     |
|--------------------------------------------------|----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Cargo : <i>CHEFE DE DEPARTAMENTO</i>             |          |                                                                                                                                     |
| Endereço : <i>RUA CAIANA 694</i>                 |          |                                                                                                                                     |
| Cidade : <i>ESPERA FELIZ</i>                     |          |                                                                                                                                     |
| Nº                                               | REQ.     | DESCRIÇÃO DO BENEFÍCIO                                                                                                              |
| 1                                                | <i>X</i> | Férias Regulamentares: <i>03/01/2018 A 01/02/2018</i>                                                                               |
| 2                                                |          | Férias Prêmio:                                                                                                                      |
| 3                                                |          | Aposentadoria                                                                                                                       |
| 4                                                |          | Alteração do nome para                                                                                                              |
| 5                                                |          | Licença para tratamento de Saúde                                                                                                    |
| 6                                                |          | Pedido de Licença sem vencimento conforme Lei 064/99 de 31 de dezembro de 1999, Estatuto do Servidor Público Municipal. A partir de |
| 7                                                |          | Licença Maternidade                                                                                                                 |
| 8                                                |          | Adicional por Tempo de Serviço                                                                                                      |
| 9                                                |          | OUTROS:                                                                                                                             |

Documentos Anexados:

|             |                                 |
|-------------|---------------------------------|
| Data:       | <i>CAIANA, 03 DEZEMBRO 2017</i> |
| Assinatura: | <i>[Assinatura]</i>             |

Parecer da Chefia Imediata :

*FAVORÁVEL em 02/12*  
*[Assinatura]*

Parecer do Departamento Pessoal :

Despacho do Prefeito Municipal:

## REQUERIMENTO

| Requerente : Máya Batista de Souza |      |                                                                                                                                                            |
|------------------------------------|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Cargo : Psicólogo                  |      |                                                                                                                                                            |
| Endereço : Pedro de Oliveira, 189  |      |                                                                                                                                                            |
| Cidade : Carangola                 |      |                                                                                                                                                            |
| Nº                                 | REQ. | DESCRIÇÃO DO BENEFÍCIO                                                                                                                                     |
| 1                                  | X    | Férias Regulamentares 02/01/2018 A 31/01/2018                                                                                                              |
| 2                                  |      | Férias Prêmio / / A / /                                                                                                                                    |
| 3                                  |      | Aposentadoria                                                                                                                                              |
| 4                                  |      | Alteração do nome para                                                                                                                                     |
| 5                                  |      | Licença para tratamento de Saúde                                                                                                                           |
| 6                                  |      | Pedido de Licença sem vencimento conforme Lei 064/99 de 31 de dezembro de 1999, Estatuto do Servidor Público Municipal. Em seu artigo 156 a 159 desta Lei. |
| 7                                  |      | Licença Maternidade                                                                                                                                        |
| 8                                  |      | Adicional por Tempo de Serviço                                                                                                                             |
| 9                                  |      | Outros:                                                                                                                                                    |

Documentos Anexados:

|             |                       |
|-------------|-----------------------|
| Data:       | 04/12/2017            |
| Assinatura: | Máya Batista de Souza |

Parecer da Chefia Imediata :

Parecer do Departamento Pessoal :

Despacho do Prefeito Municipal:

## REQUERIMENTO

| Requerente : Máya Batista de Senze |      |                                                                                                                                                            |
|------------------------------------|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Cargo : Psicóloga                  |      |                                                                                                                                                            |
| Endereço : Pedro de Oliveira, 186  |      |                                                                                                                                                            |
| Cidade : Carangola                 |      |                                                                                                                                                            |
| Nº                                 | REQ. | DESCRIÇÃO DO BENEFÍCIO                                                                                                                                     |
| 1                                  | X    | Férias Regulamentares 02/01/2018 A 31/01/2018                                                                                                              |
| 2                                  |      | Férias Prêmio     /     /     A     /     /                                                                                                                |
| 3                                  |      | Aposentadoria                                                                                                                                              |
| 4                                  |      | Alteração do nome para                                                                                                                                     |
| 5                                  |      | Licença para tratamento de Saúde                                                                                                                           |
| 6                                  |      | Pedido de Licença sem vencimento conforme Lei 064/99 de 31 de dezembro de 1999, Estatuto do Servidor Público Municipal. Em seu artigo 156 a 159 desta Lei. |
| 7                                  |      | Licença Maternidade                                                                                                                                        |
| 8                                  |      | Adicional por Tempo de Serviço                                                                                                                             |
| 9                                  |      | Outros:                                                                                                                                                    |

Documentos Anexados:

Data:

04/12/2017

Assinatura:

Máya Batista de Senze

Parecer da Chefia Imediata :

Parecer do Departamento Pessoal :

Despacho do Prefeito Municipal:

# REQUERIMENTO

|                                                         |  |  |
|---------------------------------------------------------|--|--|
| Requerente: <u>M<sup>re</sup> Aparecida Silva Costa</u> |  |  |
| Cargo: <u>Servicos Gerais (Auxiliar)</u>                |  |  |
| Endereço: <u>Rua Antonio Zanoni, 60</u>                 |  |  |
| Cidade: <u>Caiana</u>                                   |  |  |

| Nº | REQ.     | DESCRIÇÃO DO BENEFÍCIO                                                                                                                                     |
|----|----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | <u>X</u> | Férias Regulamentares <u>02/01/18</u> A <u>31/01/18</u>                                                                                                    |
| 2  |          | Férias Prêmio <u>  </u> / <u>  </u> / <u>  </u> A <u>  </u> / <u>  </u> / <u>  </u>                                                                        |
| 3  |          | Aposentadoria                                                                                                                                              |
| 4  |          | Alteração do nome para                                                                                                                                     |
| 5  |          | Licença para tratamento de Saúde                                                                                                                           |
| 6  |          | Pedido de Licença sem vencimento conforme Lei 064/99 de 31 de dezembro de 1999, Estatuto do Servidor Público Municipal. Em seu artigo 156 a 159 desta Lei. |
| 7  |          | Licença Maternidade                                                                                                                                        |
| 8  |          | Adicional por Tempo de Serviço                                                                                                                             |
| 9  |          | Outros:                                                                                                                                                    |

Documentos Anexados:

|             |                                    |
|-------------|------------------------------------|
| Data:       | <u>04/12/2017</u>                  |
| Assinatura: | <u>Maria Aparecida Silva Costa</u> |

Parecer da Chefia Imediata:

  
**Sabrina Sales Brinati**  
 Enfermeira  
 COREN-MG 220551

Parecer do Departamento Pessoal:

Despacho do Prefeito Municipal:

Imposto de Renda de 2017

## REQUERIMENTO

|                                                           |  |  |
|-----------------------------------------------------------|--|--|
| Requerente: <u>M<sup>a</sup> Aparecida da Silva Costa</u> |  |  |
| Cargo: <u>Servidor Público Auxiliar</u>                   |  |  |
| Endereço: <u>Rua Antonio Lamon, 60</u>                    |  |  |
| Cidade: <u>Carapá</u>                                     |  |  |

| Nº | REQ.                                | DESCRIÇÃO DO BENEFÍCIO                                                                                                                                     |
|----|-------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | <input checked="" type="checkbox"/> | Férias Regulamentares <u>02/01/18</u> A <u>31/01/18</u>                                                                                                    |
| 2  | <input type="checkbox"/>            | Férias Prêmio ____/____/____ A ____/____/____                                                                                                              |
| 3  | <input type="checkbox"/>            | Aposentadoria                                                                                                                                              |
| 4  | <input type="checkbox"/>            | Alteração do nome para                                                                                                                                     |
| 5  | <input type="checkbox"/>            | Licença para tratamento de Saúde                                                                                                                           |
| 6  | <input type="checkbox"/>            | Pedido de Licença sem vencimento conforme Lei 064/99 de 31 de dezembro de 1999, Estatuto do Servidor Público Municipal. Em seu artigo 156 a 159 desta Lei. |
| 7  | <input type="checkbox"/>            | Licença Maternidade                                                                                                                                        |
| 8  | <input type="checkbox"/>            | Adicional por Tempo de Serviço                                                                                                                             |
| 9  | <input type="checkbox"/>            | Outros:                                                                                                                                                    |

Documentos Anexados:

|             |                             |
|-------------|-----------------------------|
| Data:       | <u>04/12/17</u>             |
| Assinatura: | <u>Maria da Silva Costa</u> |

|                                                                                                                                                                                               |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Parecer da Chefe Imediata:<br> <b>Sabrina Sales Brinati</b><br><b>Enfermeira</b><br><b>COREN-MG 220551</b> |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|

|                                  |
|----------------------------------|
| Parecer do Departamento Pessoal: |
|----------------------------------|

|                                 |
|---------------------------------|
| Despacho do Prefeito Municipal: |
|---------------------------------|

## REQUERIMENTO

| Requerente: <u>Rosângela Siqueira do Nascimento</u> |                                     |                                                                                                                                                            |
|-----------------------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Cargo: <u>Serviços Gerais</u>                       |                                     |                                                                                                                                                            |
| Endereço: <u>Rua: João Ferreira, 126</u>            |                                     |                                                                                                                                                            |
| Cidade: <u>Caiana</u>                               |                                     |                                                                                                                                                            |
| Nº                                                  | REQ.                                | DESCRIÇÃO DO BENEFÍCIO                                                                                                                                     |
| 1                                                   | <input checked="" type="checkbox"/> | Férias Regulamentares <u>02/01/2018</u> A <u>31/01/2018</u>                                                                                                |
| 2                                                   | <input type="checkbox"/>            | Férias Prêmio ____/____/____ A ____/____/____                                                                                                              |
| 3                                                   | <input type="checkbox"/>            | Aposentadoria                                                                                                                                              |
| 4                                                   | <input type="checkbox"/>            | Alteração do nome para                                                                                                                                     |
| 5                                                   | <input type="checkbox"/>            | Licença para tratamento de Saúde                                                                                                                           |
| 6                                                   | <input type="checkbox"/>            | Pedido de Licença sem vencimento conforme Lei 064/99 de 31 de dezembro de 1999, Estatuto do Servidor Público Municipal. Em seu artigo 156 a 159 desta Lei. |
| 7                                                   | <input type="checkbox"/>            | Licença Maternidade                                                                                                                                        |
| 8                                                   | <input type="checkbox"/>            | Adicional por Tempo de Serviço                                                                                                                             |
| 9                                                   | <input type="checkbox"/>            | Outros:                                                                                                                                                    |

Documentos Anexados:

|             |                         |
|-------------|-------------------------|
| Data:       | <u>04/12/2017</u>       |
| Assinatura: | <u>R. S. Nascimento</u> |

Parecer da Chefia Imediata:

Sabrina Sales Brinati  
Enfermeira  
COREN-MG 220551

Natascha Rossini Pigueiras  
049 412 266-29  
Secretária Municipal de Saúde

Parecer do Departamento Pessoal:

Despacho do Prefeito Municipal:

*Gr. Siqueira referente a férias 03/2017*



# REQUERIMENTO

| Requerente: <u>Rosângela Sucas do Nascimento</u> |      |                                                                                                                                                            |
|--------------------------------------------------|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Cargo: <u>Serviços Gerais</u>                    |      |                                                                                                                                                            |
| Endereço: <u>Rua: João Ferreira, 126.</u>        |      |                                                                                                                                                            |
| Cidade: <u>Guana</u>                             |      |                                                                                                                                                            |
| Nº                                               | RÊQ. | DESCRIÇÃO DO BENEFÍCIO                                                                                                                                     |
| 1                                                | X    | Férias Regulamentares <u>De 10/12/2017 A 31/01/2018</u>                                                                                                    |
| 2                                                |      | Férias Prêmio ____/____/____ A ____/____/____                                                                                                              |
| 3                                                |      | Aposentadoria                                                                                                                                              |
| 4                                                |      | Alteração do nome para                                                                                                                                     |
| 5                                                |      | Licença para tratamento de Saúde                                                                                                                           |
| 6                                                |      | Pedido de Licença sem vencimento conforme Lei 064/99 de 31 de dezembro de 1999, Estatuto do Servidor Público Municipal. Em seu artigo 156 a 159 desta Lei. |
| 7                                                |      | Licença Maternidade                                                                                                                                        |
| 8                                                |      | Adicional por Tempo de Serviço                                                                                                                             |
| 9                                                |      | Outros:                                                                                                                                                    |

Documentos Anexados:

Data: 04/12/2017

Assinatura: Rosângela Sucas do Nascimento

Parecer da Chefe Imobiliária:

**Sabrina Sales Brindes**  
Enfermeira  
COREN-MG 220551

**Natascha Rosini Filgueiras**  
04034.796-29  
Secretária Municipal de Saúde

Parecer do Departamento Pessoal:

Despacho do Prefeito Municipal: