

GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA

À Sua Excelência o (a) Senhor (a), Secretário (a) de Estado de Saúde Pública

Nome Completo CPF

Local de Trabalho Cargo/Matrícula

Endereço Residencial CEP

E-mail Telefone

Solicito a Vossa Excelência a concessão de:

( ) Adicional de Tempo de Serviço ( ) Alteração de Nome

( ) Aposentadoria por Tempo de Serviço ( ) Aposentadoria Proporcional

( ) Atualização de Endereço ( ) Auxílio Natalidade

( ) Auxílio Funeral

( ) Averbação de Tempo de Serviço

( ) Declaração de Tempo de Serviço (Ex-Servidor) ( ) Contagem de Tempo de Serviço

( ) Declaração de Renda ( ) Declaração Funcional

( ) Dispensa de Função (FG / DAS) ( ) Dispensa de Cargo

( ) Exoneração ( ) Férias

( ) Licença Nojo (Óbito)

( ) Incorporação (FG / DAS)

Justificativa (Esclarecimentos + Documentos Anexados):

( ) Licença Maternidade

( ) Licença para Acompanhar Cônjuge ( ) Revisão de Pagamento

( ) Licença para Casamento ( ) Licença para Curso

( ) Licença para Eventos

( ) Licença para Tratamento de Saúde ( ) Licença Paternidade

( ) Licença para Atividade Política

( ) Licença Prêmio por Assiduidade ( ) Licença sem Vencimentos

( ) Outros ( ) Pecúnia

( ) Redistribuição

( ) Remoção / Transferência ( ) Salário Família

( ) Verbas rescisórias

Nestes termos, pede deferimento.

Belém/PA, de de 2024

Assinatura do Servidor (a)

Trav. Lomas Valentinas nº 2190 - Marco - Belém - PA - CEP: 66.093-677 – [dgtes.sespa@gmail.com](mailto:dgtes.sespa@gmail.com)