



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE BRAGANÇA PAULISTA.

Secretaria Municipal de Administração
Divisão de Recursos Humanos

Nome: _____ CPF: _____ Matr.: _____
Endereço: _____ Nº: _____
Município: _____ Bairro: _____
Telefone: _____ Secretaria: _____
e-mail: _____

ASSUNTO:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Adicional de Insalubridade | <input type="checkbox"/> Esclarecimento | <input type="checkbox"/> Adiantamento |
| <input type="checkbox"/> Adicional de Periculosidade | <input type="checkbox"/> Férias Regulamentares | <input type="checkbox"/> Horas Extras |
| <input type="checkbox"/> Apuração de Fatos | <input type="checkbox"/> Benefício da Lei 1860/82 | <input type="checkbox"/> Quinquênio |
| <input type="checkbox"/> Licença Gestante Remunerada | <input type="checkbox"/> Licença sem Remuneração | <input type="checkbox"/> Recurso |
| <input type="checkbox"/> Benefício da Lei 259/2000 | <input type="checkbox"/> Cancelamento | <input type="checkbox"/> Revisão |
| <input type="checkbox"/> Certidão | <input type="checkbox"/> Compensação de Horas | <input type="checkbox"/> Sindicância |
| <input type="checkbox"/> Redução de Carga Horária | <input type="checkbox"/> Cópia de Documento | <input type="checkbox"/> Vale Alimentação |
| <input type="checkbox"/> Transferência de Setor | <input type="checkbox"/> Demissão | <input type="checkbox"/> Declaração |
| <input type="checkbox"/> Devolução de pagamento indevido | <input type="checkbox"/> Outros | |

COMPLEMENTO:

Observação:

Deferimento:

Neste(s) termo(s), pede deferimento: _____/_____/_____ Data	Ass. do Requerente	Protocolo nº:
---	--------------------	---------------

Por: Antonio Carlos/11