Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, matrícula \_\_\_\_\_\_\_\_\_, portador (a) do CPF nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente e domiciliado (a) na cidade de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ocupante do cargo de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, lotado (a) na Secretaria Municipal de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, venho à presença de Vossa Excelência, respeitosamente, requerer o pagamento de \_\_\_\_\_\_\_\_ mês/meses de Licença Prêmio em Pecúnia, referente à \_\_\_\_\_\_ parcela (s), do Quinquênio, período \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, para tratamento de saúde.

\*Em anexo, encaminho documentos médicos para análise da solicitação.

Nestes termos,

P. Deferimento

 Ibiporã, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# REQUERENTE