



REQUERIMENTO

À Secretaria Municipal de Saúde

Eu, _____, servidor público municipal
(☐) efetivo (☐) ACT (☐) comissionado, na função de _____
lotado no Setor/Unidade _____ venho com o
presente, requerer o cancelamento do auxílio-transporte:

(☐) NOSSO BRUSQUE

(☐) INTERMUNICIPAL

Brusque/SC, ____/____/2022.

Servidor