

REQUERIMENTO

DADOS PESSOAIS

NOME DO REQUERENTE

ENDEREÇO

DISTRITO/BAIRRO

TELEFONE

DADOS FUNCIONAIS

CARGO

MATRÍCULA

SECRETARIA

UNIDADE DE EXERCÍCIO

OBJETIVOS DO REQUERENTE

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> PAGAMENTO RELATIVO A EXERCÍCIOS ANTERIORES | <input type="checkbox"/> AUXÍLIO DOENÇA |
| <input type="checkbox"/> APOSENTADORIA (ESPECIFICAR O TIPO) | <input type="checkbox"/> FÉRIAS |
| <input type="checkbox"/> COMPUTO DE TEMPO DE SERVIÇO | <input type="checkbox"/> EXONERAÇÃO |
| <input type="checkbox"/> LICENÇA PARA TRATAMENTO DE SAÚDE | <input type="checkbox"/> REMOÇÃO TRANSFERÊNCIA |
| <input type="checkbox"/> LICENÇA MATERNIDADE / PATERNIDADE (ESPECIFICAR) | <input type="checkbox"/> SALÁRIO FAMÍLIA |
| <input type="checkbox"/> LICENÇA PARA TRATAR DE INTERESSES PARTICULARES | <input type="checkbox"/> AUXÍLIO RECLUSÃO |
| <input type="checkbox"/> LICENÇA PARA SERVIÇO MILITAR OBRIGATÓRIO | <input type="checkbox"/> GRATIFICAÇÃO (ESPECIFICAR) |
| <input type="checkbox"/> LICENÇA PARA ATIVIDADES POLÍTICAS | <input type="checkbox"/> MUDANÇA DE NOME / RETIFICAÇÃO |
| <input type="checkbox"/> LICENÇA PRÊMIO POR ASSIDUIDADE | <input type="checkbox"/> ADICIONAL INSALUBRIDADE / PERICULOSIDADE |
| <input type="checkbox"/> LICENÇA POR ACIDENTE DE SERVIÇO | <input type="checkbox"/> AFASTAMENTO (ESPECIFICAR O TIPO) |
| | <input type="checkbox"/> PENSÃO VITALÍCIA / TEMPORÁRIA ESPECIAL (ESPECIFICAR) |
| | <input type="checkbox"/> REDUÇÃO DE CARGA HORARIA |
| | <input type="checkbox"/> OUTROS, A ESPECIFICAR |

DADOS COMPLEMENTARES

VISTO
DIV. DE PESSOAL/PROTOCOLO

VISTO DO CHEFE

São Gonçalo do Amarante(CE), ____ de ____ de ____

ASSINATURA DO REQUERENTE