



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO GONÇALO DO AMARANTE
SECRETARIA DE PLANEJAMENTO, ADMINISTRAÇÃO E GESTÃO
DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS
REQUERIMENTO DO (A) SERVIDOR(A) OU BENEFICIÁRIO(A)

REQUERENTE (caso seja servidor(a) ou dados do (a) ex-servidor(a))

Nome:	Matrícula:	
Endereço:	Telefone:	
Cargo/Função:	Classe:	Ref.
Lotação:	Data Ef.Exercício/Adm:	/ /
Unidade de Exercício:		
Data Nascimento: / /	CPF:	RG nº
Org. Exped.		

REQUERENTE (caso seja beneficiário (a))

Nome completo:	
RG nº	CPF nº
Parentesco com ex-servidor(a):	
Endereço residencial atualizado:	
Qualificação completa do representante legal (se for o caso):	
Data o óbito:	

AUTORIDADE REQUERIDA: () Prefeito Municipal () Secretário(a) de Administração () Procurador(a) Geral
 () Secretário(a)de Infraestrutura () Ouvidor(a) () Secretário(a) de Governo () Secretário(a) de Finanças
 () Secretário(a)de Educação () Secretário(a) de Saúde () Secretário(a) de Trab. e Des.Social () Coordenador(a) do **FMPS**
 () Secretário(a)Regional Pecém () Controlador(a) () Secretário(a) de _____

<p>ASSUNTO PEDIDOS JUNTO AO INSS*/FMPS *(Para informação ao Município)</p> <p><input type="checkbox"/> Aposentadoria Voluntária: informar tipo <input type="checkbox"/> Aposentadoria por invalidez <input type="checkbox"/> Aposentadoria Compulsória <input type="checkbox"/> Aposentadoria Especial <input type="checkbox"/> Auxílio Maternidade: informar período <input type="checkbox"/> Auxílio Doença: informar período <input type="checkbox"/> Pensão: Segurado aposentado na data do Óbito Art. 40, §7, I da Constituição da República de 1988 <input type="checkbox"/> Pensão: Segurado em Atividade na data do Óbito Art. 40, §7, I da Constituição da República de 1988 <input type="checkbox"/> Pensão: Segurado em atividade na data do Óbito Legislação Municipal (especificar)</p> <p>PEDIDOS JUNTO AO MUNICÍPIO: * *</p> <p><input type="checkbox"/> Autorização p/ausência: informar tipo * * <input type="checkbox"/> Licença p/ tratar de interesses particulares: Informar início/final * * <input type="checkbox"/> Averbação de tempo de serviço <input type="checkbox"/> Contagem de Tempo de Serviço/Contribuição: Informar Admissão/Efetivo Exercício * * <input type="checkbox"/> Informar Demissão/Exoneração. se houver * * <input type="checkbox"/> Pedido de Exoneração. <input type="checkbox"/> Inclusão de dependentes em salário família <input type="checkbox"/> Férias - informar período de referência * * <input type="checkbox"/> Informar período de gozo * * <input type="checkbox"/> Licença para Tratamento de Saúde: Informar período do tratamento **</p>	<p><input type="checkbox"/> Licença Maternidade: informar período <input type="checkbox"/> Licença Paternidade: informar período <input type="checkbox"/> Licença do (a) servidor (a) p/ acompanhar o cônjuge <input type="checkbox"/> Licença prêmio por assiduidade, Informa período <input type="checkbox"/> Licença p/ serviço militar obrigatório; Informar o período <input type="checkbox"/> Licença para Atividades Políticas <input type="checkbox"/> Redução de carga horária <input type="checkbox"/> Promoção por via Acadêmica <input type="checkbox"/> Progressão <input type="checkbox"/> Readaptção <input type="checkbox"/> Reconsideração (Direito de Petição) <input type="checkbox"/> Afastamento para desempenho de mandato eletivo <input type="checkbox"/> Afastamento para servir a outro órgão ou entidade: especificar <input type="checkbox"/> Afastamento para estudo ou missão fora do Município <input type="checkbox"/> Remoção <input type="checkbox"/> Rescisão do contrato <input type="checkbox"/> Outros (especificar): _____</p> <p>** Informar dados essenciais ou complementares no item abaixo. podendo ainda usar o verso do Formulário de Requerimento</p>
---	--

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

São Gonçalo do Amarante-CE, / /	Despacho: São Gonçalo do Amarante-CE / / () Defiro () Indefero
Assinatura Requerente	Carimbo e Assinatura
Recebido pelo Protocolo/Depto.RH em: / /	Ciente: Sobre Despacho: _____
Assinatura	