



SEI Nº: 03. \_\_\_\_\_/20\_\_\_\_ - \_\_\_\_

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Rubrica: \_\_\_\_\_

Exmº Senhor Prefeito,

NOME: \_\_\_\_\_

CARGO: \_\_\_\_\_ MATRÍCULA: \_\_\_\_\_

LOTAÇÃO: \_\_\_\_\_ ADMISSÃO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

EMAIL: \_\_\_\_\_ TELEFONE: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

( ) Desejo receber o documento por email informado neste requerimento.

### REQUERIMENTO

#### CONCURSO

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> DECLARAÇÃO DE APROVAÇÃO PESSOAL   | <input type="checkbox"/> CERTIDÃO DE APROVAÇÃO                       |
| <input type="checkbox"/> ABONO DE FALTAS   | <input type="checkbox"/> CÓPIA DE ATO DE INVESTIDURA                 |
| <input type="checkbox"/> ADICIONAL   | <input type="checkbox"/> DIFERENÇA DE FÉRIAS                         |
| <input type="checkbox"/> ALTERAÇÃO DE CADASTRO FUNCIONAL   | <input type="checkbox"/> EXONERAÇÃO A PEDIDO                         |
| <input type="checkbox"/> ASSENTAMENTO FUNCIONAL  | <input type="checkbox"/> GRATIFICAÇÃO                                |
| <input type="checkbox"/> AUXÍLIO FUNERAL   | <input type="checkbox"/> INCLUSÃO DE DEPENDENTE                      |
| <input type="checkbox"/> DECLARAÇÃO DE ATRIBUIÇÃO DO CARGO   | <input type="checkbox"/> JORNADA REGIME COMPLEMENTAR                 |
| <input type="checkbox"/> DECLARAÇÃO DE CARGA HORÁRIA   | <input type="checkbox"/> LICENÇA MÉDICA                              |
| <input type="checkbox"/> DECLARAÇÃO DE DESVINCULO  | <input type="checkbox"/> LICENÇA PARA ACOMPANHAMENTO MÉDICO FAMILIAR |
| <input type="checkbox"/> DECLARAÇÃO DE FÉRIAS  | <input type="checkbox"/> LICENÇA PARA SERVIÇO MILITAR                |
| <input type="checkbox"/> DECLARAÇÃO DE HISTÓRICO DE LOTAÇÃO  | <input type="checkbox"/> LICENÇA PRÊMIO NÃO GOZADA                   |
| <input type="checkbox"/> DECLARAÇÃO DE TEMPO DE SERVIÇO  | <input type="checkbox"/> PAGAMENTO DE DIFERENÇA DE SALÁRIO           |
| <input type="checkbox"/> DECLARAÇÃO PARA O INSS  | <input type="checkbox"/> PAGAMENTO DE HORA EXTRA                     |
| <input type="checkbox"/> DECLARAÇÃO PARA FINS DE CURRÍCULO   | <input type="checkbox"/> PEDIDO DE SALÁRIO FAMÍLIA                   |
| <input type="checkbox"/> DECLARAÇÃO DE FÉRIAS E LICENÇA PRÊMIO NÃO GOZADA  | <input type="checkbox"/> PEDIDO DE VACÂNCIA                          |
| <input type="checkbox"/> DECLARAÇÃO DE FÉRIAS E LICENÇA PRÊMIO GOZADA  | <input type="checkbox"/> REDUÇÃO DE CARGA HORÁRIA                    |
| <input type="checkbox"/> DECLARAÇÃO DE TEMPO DE SERVIÇO PARA SG-PREVI  | <input type="checkbox"/> PRODUTIVIDADE                               |
| <input type="checkbox"/> DECLARAÇÃO DE FÉRIAS E LICENÇA PRÊMIO NÃO GOZADA  | <input type="checkbox"/> PROMOÇÃO FUNCIONAL                          |
| <input type="checkbox"/> DECLARAÇÃO DE FÉRIAS E LICENÇA PRÊMIO GOZADA  | <input type="checkbox"/> PRORROGAÇÃO DE POSSE                        |
| <input type="checkbox"/> DECLARAÇÃO MODELO ANEXO IV INSS + PLANILHA ANEXO V  | <input type="checkbox"/> RETIFICAÇÃO DE RAIS/DIRF                    |
| <input type="checkbox"/> INTERRUPTÃO DA LICENÇA PARA TRATAR DE INTERESSES PARTICULARES   | <input type="checkbox"/> DECLARAÇÃO DE VÍNCULO PARA INSS             |
| <input type="checkbox"/> DECLARAÇÃO DE VÍNCULO PARA APRESENTAÇÃO A OUTRO ORGÃO PÚBLICO   |  |
| <input type="checkbox"/> LICENÇA PARA TRATAR DE INTERESSES PARTICULARES, DE: ____/____/____ à ____/____/____                       |  |
| <input type="checkbox"/> PEDIDO DE LICENÇA PRÊMIO, DE: ____/____/____ à ____/____/____ > Obrigatório a assinatura do Secretário(a) |  |

*Informações Complementares para os Casos de Assentamentos Funcionais ou Declaração de Tempo de Serviço:*

Nestes Termos, peço deferimento.

São Gonçalo, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Requerente

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Chefe Imediato

\_\_\_\_\_  
Secretário(a)