



REQUERIMENTO

O SERVIDOR		
NOME		
ENDEREÇO	MUNICÍPIO	TELEFONE
CARGO/ FUNÇÃO	MATRICULA	FOLHA
LOTAÇÃO	UNIDADE DE EXERCÍCIO	

REQUER AO				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	PRESIDENTE	SECRETÁRIO	DELEGADO	SUPERINTENDENTE

ASSUNTO		
<input type="checkbox"/> AUTORIZAÇÃO P/ AFASTAMENTO P/ GALA OU NOJO	<input type="checkbox"/> INCLUSÃO DE DEPENDENTES EM SALÁRIO-FAMÍLIA	<input type="checkbox"/> PAGAMENTO DE EXERCÍCIOS ANTERIORES
<input type="checkbox"/> AUTORIZAÇÃO P/ AFASTAMENTO P/ O TRATO INTERESSES PARTICULARES	<input type="checkbox"/> LICENÇA ESPECIAL	<input type="checkbox"/> REDUÇÃO DA CARGA HORÁRIA
<input type="checkbox"/> AUTORIZAÇÃO P/ EXERCER A FUNÇÃO DE DIRETOR E VICE	<input type="checkbox"/> LICENÇA DO FUNCIONÁRIO PARA ACOMPANHAR O CÔNJUGE	<input type="checkbox"/> REMOÇÃO
<input type="checkbox"/> AUTORIZAÇÃO P/ INCENTIVO À FORMAÇÃO PROFISSIONAL QUANDO ESTUDANTE	<input type="checkbox"/> LICENÇA À GESTANTE	<input type="checkbox"/> RESCISÃO DO CONTRATO
<input type="checkbox"/> AUTORIZAÇÃO P/ REALIZAÇÃO DE MISSÃO OU ESTUDO EM OUTRO PONTO DO TERRITÓRIO NACIONAL OU ESTRANGEIRO	<input type="checkbox"/> LICENÇA P/ ACIDENTE NO TRABALHO AGRESSÃO NÃO PROVOCADA E DOENÇA PROFISSIONAL	<input type="checkbox"/> SEMINÁRIO/ CONGRESSOS E OUTROS EVENTOS CORRELATOS
<input type="checkbox"/> AUXILIO DOENÇA	<input type="checkbox"/> LICENÇA PATERNIDADE	<input type="checkbox"/> SUSPENSÃO DE VÍNCULO FUNCIONAL
<input type="checkbox"/> AUXILIO FUNERAL	<input type="checkbox"/> LICENÇA PARA MOTIVO DE DOENÇA EM PESSOA DA FAMÍLIA	<input type="checkbox"/> TEOR DE TÍTULO
<input type="checkbox"/> AVERBAÇÃO DE TEMPO DE SERVIÇO	<input type="checkbox"/> LICENÇA PARA MOTIVO DE DOENÇA EM PESSOA DA FAMÍLIA EM PRORROGAÇÃO	<input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA DO CARGO
<input type="checkbox"/> CÔMPUTO DE TEMPO DE SERVIÇO	<input type="checkbox"/> LICENÇA P/ TRATAMENTO DE SAÚDE	<input type="checkbox"/> ASCENSÃO FUNCIONAL
<input type="checkbox"/> CONTAGEM EM DOBRO DE FÉRIAS	<input type="checkbox"/> LICENÇA P/ TRATAMENTO DE SAÚDE EM PRORROGAÇÃO	<input checked="" type="checkbox"/> PENSÃO PÓS MORTE
<input type="checkbox"/> CONTAGEM EM DOBRO DE LICENÇA ESPECIAL	<input type="checkbox"/> LICENÇA P/ SERVIÇO MILITAR OBRIGATÓRIO	
<input type="checkbox"/> EXONERAÇÃO / DISPENSA	<input type="checkbox"/> MUDANÇA DE NOME/ RETIFICAÇÃO	

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	

ASSINATURA DO REQUISITANTE:	DATA
-----------------------------	------

VISTO DO CHEFE IMEDIATO:	DATA
--------------------------	------