



ESTADO DO CEARÁ

ÓRGÃO:

CARIMBO / NUMERADOR / DATADOR

REQUERIMENTO

O SERVIDOR

NOME

ENDEREÇO

MUNICÍPIO

TELEFONE

CARGO/FUNÇÃO

MATRÍCULA

FOLHA

LOTAÇÃO

UNIDADE DE EXERCÍCIO

REQUER AO

SECRETÁRIO

PRESIDENTE

DELEGADO

SUPERINTENDENTE

ASSUNTO

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> AUTORIZAÇÃO P/ AFASTAMENTO PARA 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 DE INTERESSES PARTICULARES                                   | <input type="checkbox"/> LICENÇA ESPECIAL   | <input type="checkbox"/> REDUÇÃO DA CARGA HORÁRIA                            |
| <input type="checkbox"/> AUTORIZAÇÃO PARA 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 PARA 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"/> SEMINÁRIOS / CONGRESSOS E OUTROS EVENTOS CORRELATOS |
| <input type="checkbox"/> AUXÍLIO DOENÇA   | <input type="checkbox"/> LICENÇA PATERNIDADE  | <input type="checkbox"/> SUSPENSÃO DE VÍNCULO FUNCIONAL                      |
| <input type="checkbox"/> AUXÍLIO FUNERAL  | <input type="checkbox"/> LICENÇA P/ 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 P/ 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"/>   |
| <input type="checkbox"/> CONTAGEM EM DOBRO DE FÉRIAS  | <input type="checkbox"/> LICENÇA PARA TRATAMENTO DE SAÚDE EM PRORROGAÇÃO                              | <input type="checkbox"/>   |
| <input type="checkbox"/> CONTAGEM EM DOBRO DE LICENÇA ESPECIAL  | <input type="checkbox"/> LICENÇA P/ SERVIÇO MILITAR OBRIGATÓRIO                                       | <input type="checkbox"/>   |
| <input type="checkbox"/> EXONERAÇÃO / DISPENSA  | <input type="checkbox"/> MUDANÇA DE NOME / RETIFICAÇÃO  | <input type="checkbox"/>   |

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

ASSINATURA DO REQUERENTE

DATA

VISTO DO CHEFE IMEDIATO

DATA