



ESTADO DO MARANHÃO
PREFEITURA MUNICIPAL DE ÁGUA DOCE DO MARANHÃO
Rua do Comércio, s/nº - Praça Nossa Senhora do Carmo - Centro.
CEP. 65.578-00 – Água Doce do Maranhão - MA
CNPJ. 01.612.339/0001-01

Nº PROTOCOLO

REQUERIMENTO DO SERVIDOR

____ / ____ / ____

DADOS PESSOAIS

NOME COMPLETO		MATRICULA
ENDEREÇO		Nº / QD
BAIRRO	MUNICÍPIO	TELEFONE:
CI/RG	CPF	DATA DE NASCIMENTO
LOTAÇÃO (NOME DO ÓRGÃO)		CARGO
UNIDADE DE EXERCÍCIO		CLASSE E REFERÊNCIA
REQUERER AO:		

ASSUNTO (Marque com "X" a modalidade)

<input type="checkbox"/> Afastamento à formação profissional do Servidor;	<input type="checkbox"/> Gratificação por Titulação mestrado 20%
<input type="checkbox"/> Afastamento para realizar missão ou estudo em outro ponto do território ou exterior;	<input type="checkbox"/> Licença por motivo de doença em pessoal da família;
<input type="checkbox"/> Afastamento para prática de curso de Doutorado;	<input type="checkbox"/> Licença à gestante ou doente;
<input type="checkbox"/> Afastamento servidora Mãe Excepcional;	<input type="checkbox"/> Licença para acompanhar cônjuge ou acompanhante;
<input type="checkbox"/> Afastamento para exercer atividade político-partidário ou Mandato letivo;	<input type="checkbox"/> Licença para tratamento de saúde a partir de 15 dias;
<input type="checkbox"/> Aposentadoria <input type="checkbox"/> Voluntária <input type="checkbox"/> Por invalidez.	<input type="checkbox"/> Licença para tratar de interesses particulares;
<input type="checkbox"/> Adicionar por tempo de serviço;	<input type="checkbox"/> Licença para serviço militar;
<input type="checkbox"/> Contagem de tempo de serviço;	<input type="checkbox"/> Mudança de nome;
<input type="checkbox"/> Exoneração a pedido	<input type="checkbox"/> Pagamento de exercícios anteriores;
<input type="checkbox"/> Horário especial para curso superior;	<input type="checkbox"/> Prorrogação de Proventos;
<input type="checkbox"/> Incorporação de tempo de serviço;	<input type="checkbox"/> Revisão de proventos;
<input type="checkbox"/> Licença-prêmio à assiduidade;	<input type="checkbox"/> Redistribuição;
<input type="checkbox"/> Licença acidente em serviço e doença profissional;	<input type="checkbox"/> Restituição de faltas;
<input type="checkbox"/> Salário Família;	<input type="checkbox"/> Redução de carga horária;
<input type="checkbox"/> Adicional noturno;	<input type="checkbox"/> Quinquênio;
<input type="checkbox"/> Gratificação por Titulação 360 hs – 10%	<input type="checkbox"/> Férias;
<input type="checkbox"/> Gratificação por Titulação com Especialização 15%	<input type="checkbox"/> Mudança de nível;
	<input type="checkbox"/> Insalubridade;
	<input type="checkbox"/> Outros.

INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

ASSINATURA DO REQUERENTE	DATA: ____ / ____ / ____
ASSINATURA DA CHEFIA IMEDIATA COM CARIMBO	DATA: ____ / ____ / ____