



PREFEITURA MUNICIPAL DE
TOCANTINÓPOLIS

FORMULÁRIO PARA
REQUERIMENTOS DIVERSOS
- RD -

ATENÇÃO: LEIA AS INSTRUÇÕES

1) Nome do (a) Interessado (a):		2) CPF:	
3) Endereço Residencial:	4) CEP:	5) Cidade:	6) UF:
7) E-mail:		8) Fone/Contato:	
9) Cargo:	10) Matrícula:	11) Unidade e Município de Lotação:	
12) Secretaria:		13) Setor:	

17) Licenças Médicas a) <input type="checkbox"/> Licença para tratamento de saúde b) <input type="checkbox"/> Licença por motivo de doença em pessoa da família c) <input type="checkbox"/> Prorrogação de licença médica d) <input type="checkbox"/> Licença por motivo de gestação ou adoção d.1) Opção pela prorrogação da Licença à gestante ou adotante <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	18) Benefícios a) <input type="checkbox"/> Ponto facultativo na data do aniversário: ____/____/____ ou em ____/____/____
---	---

<input type="checkbox"/> 19) Licença para tratar de interesses particulares Meses: _____ Início: ____/____/____ Tempo: _____			
Chefe Imediato		Chefe Mediato	
____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____
Data	Carimbo/Assinatura	Data	Carimbo/Assinatura

20) Exoneração / Extinção / Vacância a) <input type="checkbox"/> Exoneração do Cargo Efetivo b) <input type="checkbox"/> Exoneração do Cargo em Comissão c) <input type="checkbox"/> Extinção de Termo de Compromisso de Serviço Público de Caráter Temporário d) <input type="checkbox"/> Declaração de Vacância para fins de posse em cargo ou emprego público inacumulável A partir de ____/____/____
--

<input type="checkbox"/> 21) Salário-família	<input type="checkbox"/> 22) Outros (discriminar no campo 23)
---	--

23) Assunto:

24) _____, ____/____/____ Local Data Assinatura do (a) interessado (a)

INSTRUÇÕES / INFORMAÇÕES

(17) LICENÇAS MÉDICAS

(a) Licença para tratamento de saúde

Marcar com um X o campo a;

Anexar:

Atestado Médico;

Resultado dos Exames Laboratoriais realizados, quando for o caso;

Cópia do último contracheque.

(b) Licença por motivo de doença em pessoa da família

Marcar com um X o campo b;

Anexar:

Atestado Médico do paciente;

Resultado dos Exames Laboratoriais realizados, quando for o caso;

Cópia do último contracheque; Declaração de Acompanhante;

Comprovante de Parentesco conforme o vínculo familiar existente.

(c) Prorrogação de licença médica

Marcar com um X o campo c;

(d) Licença por motivo de gestação ou adoção

Marcar com um X o campo d;

Anexar:

Atestado Médico;

Certidão de Nascimento da Criança;

Cópia do último contracheque.

(d.1) Opção pela Prorrogação da Licença por motivo de gestação ou adoção

Marcar com um X o campo c.1, caso opte pela respectiva prorrogação.

(18) BENEFÍCIOS

Marcar com um X o campo a.

(19) LICENÇA PARA TRATAR DE INTERESSES PARTICULARES

Marcar com um X o campo 19 e preencha os campos indicando tempo e início;

Assinatura no campo abaixo pelas chefias mediata e imediata;

20 () EXONERAÇÃO/EXTINÇÃO DE TERMO DE COMPROMISSO DE SERVIÇO DE CARÁTER TEMPORÁRIO

Marcar com um X o campo 20;

O RH deverá informar, através de declaração, até quando o (a) servidor (a) esteve em exercício naquele órgão.

21 () SALÁRIO-FAMÍLIA

Marcar com um X o campo 21;

Anexar:

Certidão de nascimento, RG ou outro documento que comprove a dependência econômica;

Até 7 anos, cópia do cartão de vacina atualizado (renovação anual no mês de novembro);

Após os 7 anos, declaração escolar (renovação anual nos meses de maio e novembro).