



Nome Completo (OBS: preencher com letra de forma)

Matrícula SIAPE

Lotação/Setor

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Cargo/Função

Situação

() Tec. Administrativo () Professor () Substituto () Aposentado () Beneficiário de Pensão () Pensão Alimentícia () Outros _____

Se Pensionista: nome do servidor(a) ou instituidor(a)

Telefone(s):

E-mail:

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Requer concessão do presente pedido nestes termos, pede deferimento:

- | | |
|--------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| () Abono de Permanência | () Auxílio-Funeral |
| () Alteração de endereço / fone | () Benefício de Indenização de Transporte |
| () Adicional de Insalubridade | () Ressarcimento <i>per capita</i> saúde suplementar |
| () Adicional de Periculosidade | () Isenção de Imposto de Renda |
| () Alteração de Carga Horária para: _____ | () Exoneração do Cargo |
| () Alteração de Férias | () Incentivo à Qualificação (Administrativo) |
| () Aposentadoria | () Licença _____ |
| () Averbações de Tempo de Serviço | () Progressão por Capacitação (Administrativo) |
| () Alteração de Conta Bancária / Banco | () Retribuição por Titulação (Docente) |
| () Auxílio-Alimentação | () Outros _____ |
| () Auxílio-Natalidade | |
| () Auxílio-Pré-escolar | |
| () Auxílio-Saúde | |

Outros – Especificar

Em _____ / _____ / _____

Assinatura Requerente _____

VIA DO SERVIDOR

Requerente: _____

Objetivo do Requerimento: _____

Data: _____ / _____ / _____

Etiqueta / Carimbo / Assinatura Responsável