|  |  |
| --- | --- |
| brasaoto  Secretaria da Administração  **GOVERNO DO TOCANTINS** | **FORMULÁRIO PARA REQUERIMENTOS DIVERSOS**  **- RD -** |

|  |
| --- |
| **ATENÇÃO: LEIA AS INSTRUÇÕES NO VERSO** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 1: | **10)** Matrícula | **11)** Unidade e Município de Lotação | | | |
| **12)** Cargo 2: | **13)** Matrícula | **14)** Unidade e Município de Lotação | | | |
| **15)** Regional: | **16)** Órgão: | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **17) Licenças Médicas**   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **a)** |  | Licença para tratamento de saúde | | **b)** |  | Licença por motivo de doença em pessoa da família | | **c)** |  | Prorrogação de licença médica | | **d)** |  | Licença por motivo de gestação ou adoção | | **d.1)** | Opção pela prorrogação da Licença à gestante ou adotante?  Sim  Não | | | **18) Benefícios**   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **a)** |  | 50% de Gratificação Natalina (mês de aniversário) | | **b)** |  | Ponto facultativo na data do aniversário:\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ ou em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ | | |  |  |  | | --- | --- | --- | | **c)** |  | **Período de 06 (seis) horas diárias ininterruptas** | |  |  | Servidor | |  |  | Cônjuge | |  |  | Companheiro(a) | |  |  | Filho(a) | |  |  | Pai | |  |  | Mãe | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **19)** **Licença para tratar de interesses particulares**  Tempo: \_\_\_\_\_\_ Meses Início:\_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ | | **20) Licença-prêmio por assiduidade**  Período: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ | |
| Chefe Imediato |  | Chefe Mediato |  |
| \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  Data | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  Carimbo/Assinatura | \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  Data | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  Carimbo/Assinatura |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **21)** **Exoneração/ Extinção/ Vacância**   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **a)** |  | Exoneração do Cargo Efetivo | | **b)** |  | Exoneração do Cargo em Comissão | | **c)** |  | Extinção de Termo de Compromisso de Serviço Público de Caráter Temporário | | **d)** |  | Declaração de Vacância para fins de posse em cargo ou emprego público inacumulável | |
| **A partir de** **\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_.** |

|  |  |
| --- | --- |
| **22) Salário-família** | **23)** **Outros** *(discriminar no campo 24)* |

|  |
| --- |
| **24) Assunto:** |

|  |  |
| --- | --- |
| **25)**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_.  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**; * Caso ocupe outro cargo, o (a) requerente deverá preencher o campo 12;   Anexar:   * Atestado Médico em formulário próprio da Junta Médica Oficial do Estado; * Resultado dos Exames Laboratoriais realizados, quando for o caso; * Declaração Hospitalar com data de internação e alta, 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**; * Caso ocupe outro cargo, o (a) requerente deverá preencher o campo 12;   Anexar:   * Atestado Médico em formulário próprio da Junta Médica Oficial do Estado; * Resultado dos Exames Laboratoriais realizados, quando for o caso; * Declaração Hospitalar com data de internação e alta, 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**; * Caso ocupe outro cargo, o (a) requerente deverá preencher o campo 12.  (d) Licença por motivo de gestação ou adoção  * Marcar com um X o campo **d**; * Caso ocupe outro cargo, o (a) requerente deverá preencher o campo 12;   Anexar:   * Atestado Médico em formulário próprio da Junta Médica Oficial do Estado; * 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 os campos **a**, **b** ou **c**.   **Somente para a letra “c”:**   * Identificar o portador de necessidades especiais;   Anexar:   * Certidão de Nascimento ou Casamento ou RG do portador; * Comprovante de parentesco; * Atestado médico original constando o CID; * Comprovante de mesmo domicílio.  (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; * Caso o (a) servidor (a) tenha, também, cargo em comissão, o RH deverá informar se a exoneração já foi providenciada ou não pela Casa Civil.  (20) LICENÇA - PRÊMIO POR ASSIDUIDADE  * Marcar com um X o campo 20 e preencha o campo indicando o período; * Assinatura no campo abaixo pelas chefias mediata e imediata;   **(21) EXONERAÇÃO/EXTINÇÃO DE TERMO DE COMPROMISSO DE SERVIÇO DE CARÁTER TEMPORÁRIO**   * Marcar com um X o campo 21;   O RH deverá informar, através de declaração, até quando o (a) servidor (a) esteve em exercício naquele Órgão.  (22) SALÁRIO-FAMÍLIA   * Marcar com um X o campo 22;   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). | |