



GOVERNO DO
TOCANTINS

Secretaria da
Administração

**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) <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? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	18) Benefícios a) <input type="checkbox"/> 50% de Gratificação Natalina (mês de aniversário) b) <input type="checkbox"/> Ponto facultativo na data do aniversário: ___/___/___ ou em ___/___/___	c) <input type="checkbox"/> Período de 06 (seis) horas diárias ininterruptas <input type="checkbox"/> Servidor <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Companheiro(a) <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Mãe
--	--	--

<input type="checkbox"/> 19) Licença para tratar de interesses particulares Meses _____ Início: ___/___/___ Tempo: _____	<input type="checkbox"/> 20) Licença-prêmio por assiduidade Período: ___/___/___ a ___/___/___
Chefe Imediato _____/_____/_____ Data	Chefe Mediato _____/_____/_____ Data
_____ Carimbo/Assinatura	_____ Carimbo/Assinatura

21) 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"/> 22) Salário-família	<input type="checkbox"/> 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).