

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:			

<b>17) Licenças Médicas</b> 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"/>	<b>18) Benefícios</b> 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"/> <b>Período de 06 (seis) horas diárias ininterruptas</b> <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"/> <b>19) Licença para tratar de interesses particulares</b> Meses _____ Início: ____/____/____ Tempo: _____	<input type="checkbox"/> <b>20) Licença-prêmio por assiduidade</b> Período: ____/____/____ a ____/____/____
Chefe Imediato _____/____/____ Data	Chefe Mediato _____/____/____ Data
Carimbo/Assinatura	Carimbo/Assinatura

<b>21) Exoneração/ Extinção/ Vacância</b> 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"/> <b>22) Salário-família</b>	<input type="checkbox"/> <b>23) Outros (discriminar no campo 24)</b>
---	--

<b>24) Assunto:</b>   
---------------------------------

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).