



PREFEITURA MUNICIPAL DE ARARI

CNPJ nº 06.242.846/0001-14

Av. Dr. João da Silva Lima, s/n – Centro – CEP:65480-000 – Arari-MA

E-mail: prefeitura@arari.ma.gov.br

REQUERIMENTO DO SERVIDOR

Nº PROTOCOLO: ____/____/____

DATA: ____/____/____

DADOS PESSOAIS

NOME COMPLETO:			MATRÍCULA:
SEXO: F () M ()	RG:	CPF:	DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____
ENDEREÇO:			Nº:
BAIRRO:	MUNICÍPIO	TELEFONE:	PIS/PASEP:
LOTAÇÃO:	CARGO:		DATA DE ADMISSÃO:
UNIDADE DE EXERCÍCIO:			CLASSE E REFERÊNCIA:

REQUERER AO:

VÍNCULO (MARQUE COM UM "X")

EFETIVO ()	CONTRATADO ()	COMISSIONADO ()	ELETIVO ()
-------------	----------------	------------------	-------------

ASSUNTO (MARCAR COM UM "X" A MODALIDADE)

() AFASTAMENTO DE SERVIDORA MÃE DE EXCEPCIONAL	() FÉRIAS OU PAGAMENTO DE 1/3 FÉRIAS
() AFASTAMENTO PARA EXERCER ATIVIDADE POLÍTICO-PARTIDÁRIA OU MANDATO ELETIVO	() APOSENTADORIA - VOLUNTÁRIA () INVALIDEZ ()
() EXONERAÇÃO A PEDIDO	() INCORPORAÇÃO DE TEMPO DE SERVIÇO
() LICENÇA PRÊMIO À ASSIDUIDADE	() LICENÇA POR ACIDENTE EM SERVIÇO E DOENÇA PROFISSIONAL
() LICENÇA POR MOTIVO DE DOENÇA EM PESSOA DA FAMÍLIA	() LICENÇA À GESTANTE OU ADOTANTE
() LICENÇA PARA ACOMPANHAR CÔNJUGE OU COMPANHEIRO	() LICENÇA PARA TRATAMENTO DE SAÚDE/AUXÍLIO DOENÇA/INSS - A PARTIR DE 15 DIAS
() LICENÇA SEM VENCIMENTOS	() DESVIO DE FUNÇÃO
() MUDANÇA DE NOME	() RESTITUIÇÃO DE FALTAS
() REDUÇÃO DE CARGA HORÁRIA	() INCORPORAÇÃO DE CERTIFICADO DE GRADUAÇÃO OU PÓS GRADUAÇÃO (o mesmo deve ser autenticado em cartório)

OUTROS PLEITOS (ESPECIFICAR)

--

OBSERVAÇÕES:

--

ARARI-MA, ____/____/____

ARARI-MA, ____/____/____

Assinatura do Servidor

Assinatura do Chefe Imediato com carimbo