



**PREFEITURA MUNICIPAL  
DE PARAIBANO - MA**



**REQUERIMENTO DO SERVIDOR**

|   |                          |                        |           |
|---|--------------------------|------------------------|-----------|
| <b>NOME COMPLETO</b>                        |                          | <b>DATA NASCIMENTO</b> |           |
|   |                          | / /                    |           |
| <b>SEXO</b>                                 | <b>CPF DO REQUERENTE</b> | <b>RG - IDENTIDADE</b> |           |
| M ( )   F ( )                               |                          |                        |           |
| <b>ENDEREÇO</b>                             | <b>BAIRRO</b>            | <b>CIDADE</b>          | <b>UF</b> |
|   |                          |                        |           |
| <b>LOTAÇÃO (NOME DO ÓRGÃO)</b>              | <b>CARGO</b>             | <b>MATRÍCULA</b>       |           |
|   |                          |                        |           |
| <b>UNIDADE DE EXERCÍCIO</b>                 |                          | <b>TELEFONE</b>        |           |
|   |                          |                        |           |
| <b>VENHO RESPEITOSAMENTE REQUERER A (O)</b> |                          |                        |           |
|   |                          |                        |           |

**MARCAR COM UM "X" A MODALIDADE**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> APOSENTADORIA POR IDADE            | <input type="checkbox"/> LICENÇA SEM VENCIMENTO            |
| <input type="checkbox"/> APOSENTADORIA TEMPO DE SERVIÇO     | <input type="checkbox"/> LICENÇA MATERNIDADE               |
| <input type="checkbox"/> APOSENTADORIA POR INVALIDEZ        | <input type="checkbox"/> LICENÇA PATERNIDADE               |
| <input type="checkbox"/> AUXÍLIO DOENÇA                     | <input type="checkbox"/> LICENÇA PRÊMIO                    |
| <input type="checkbox"/> CONTAGEM TEMPO DE SERVIÇO          | <input type="checkbox"/> LICENÇA P/ TRATAR ASSUNTO PESSOAL |
| <input type="checkbox"/> EXONERAÇÃO A PEDIDO                | <input type="checkbox"/> REDUÇÃO DE CARGA HORÁRIA          |
| <input type="checkbox"/> FÉRIAS                             | <input type="checkbox"/> OUTROS:                           |
| <input type="checkbox"/> LICENÇA P/ TRATAR DE ASSUNTO SAÚDE | _____  |

|                      |                            |
|----------------------|----------------------------|
| <b>NO PERÍODO DE</b> | <b>ATÉ (SE FOR O CASO)</b> |
|                      |                            |

**INFORMAÇÕES ADICIONAIS**

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |

|  |             |
|--|-------------|
| <b>ASSINATURA DO REQUERENTE</b>                            | <b>DATA</b> |
|  | __/__/__    |
| <b>CARIMBO E ASSINATURA DO CHEFE DO ÓRGÃO DE LOTAÇÃO</b>   | <b>DATA</b> |
|  | __/__/__    |
| <b>CARIMBO E ASSINATURA DO SECRETÁRIO DE ADMINISTRAÇÃO</b> |             |
|  | __/__/__    |