



ESTADO DO PARÁ
PODER EXECUTIVO
PREFEITURA MUNICIPAL DE OEIRAS DO PARÁ
SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO DE OEIRAS DO PARÁ
PROTOCOLO GERAL



PROTOCOLO Nº: _____

REQUERIMENTO PESSOAL

SENHOR DOMINGOS ARAÚJO DA SILVA
SECRETÁRIO MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO

| | | | | |
|---|-----|---------------|--|---------------|
| NOME DO SERVIDOR: | | MATRÍCULA: | DATA ADMISSÃO: | |
| LOTAÇÃO (Secretaria) | | CARGO/FUNÇÃO: | | NASCIMENTO: |
| LOCAL DE TRABALHO: | | | E-MAIL/CELULAR: | |
| CPF: | RG: | ÓRGÃO EXP.: | UF: | ESTADO CIVIL: |
| ENDEREÇO: | | | BAIRRO: | |
| CIDADE: | UF: | CEP: | SEXO: <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMININO | |
| <input type="checkbox"/> EFETIVO <input type="checkbox"/> COMISSIONADO <input type="checkbox"/> CONTRATO ADMIN.TEMPORÁRIO <input type="checkbox"/> CONTRATO ADMIN. PRESTADOR DE SERVIÇO | | | | |

Vem requerer junto a Secretaria Municipal de Administração, de acordo com a Lei 273/1984 – Estatuto dos Funcionários Públicos do Município de Oeiras do Pará e demais leis a concessão de:

| | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 01 - Abono/restituição de faltas | <input type="checkbox"/> 17 - Gratificação de Periculosidade; |
| <input type="checkbox"/> 02 - Abono de Permanência; | <input type="checkbox"/> 18 - Licença para Tratamento de Saúde; |
| <input type="checkbox"/> 03 - Adicional de Tempo de Serviço; | <input type="checkbox"/> 19 - Licença Maternidade; |
| <input type="checkbox"/> 04 - Afastamento por motivo de casamento; | <input type="checkbox"/> 20 - Licença Paternidade; |
| <input type="checkbox"/> 05 - Afastamento por motivo de luto; | <input type="checkbox"/> 21 - Licença para Serviço Militar Obrigatório; |
| <input type="checkbox"/> 06 - Aposentadoria Compulsória; | <input type="checkbox"/> 22 - Licença para Trato de Interesse Particular; |
| <input type="checkbox"/> 07 - Aposentadoria por Invalidez; | <input type="checkbox"/> 23 - Licença para acompanhar o cônjuge, companheiro (a) |
| <input type="checkbox"/> 08 - Aposentadoria Voluntária (Idade ou Contribuição); | <input type="checkbox"/> 24 - Licença Prêmio por Assiduidade; |
| <input type="checkbox"/> 09 - Benefício INSS (comissionado e contratos); | <input type="checkbox"/> 25 - Licença para desempenho de Mandato Eletivo; |
| <input type="checkbox"/> 10 - Cancelamento de Licença (especificar abaixo); | <input type="checkbox"/> 26 - Licença por motivo de doença em pessoa da família; |
| <input type="checkbox"/> 11 - Certidão de contribuição; | <input type="checkbox"/> 27 - Rescisão de Contrato Temporário; |
| <input type="checkbox"/> 12 - Certidão por tempo de serviço; | <input type="checkbox"/> 28 - Retificação de dados cadastrais/funcionais; |
| <input type="checkbox"/> 13 - Certidão para outros fins específicos; | <input type="checkbox"/> 29 - Salário Família; |
| <input type="checkbox"/> 14 - Exoneração do cargo efetivo/comissionado; | <input type="checkbox"/> 30 - 2ª Via de Documentos (especificar); |
| <input type="checkbox"/> 15 - Férias; | <input type="checkbox"/> 31 - Transferência de Lotação; |
| <input type="checkbox"/> 16 - Gratificação de Insalubridade; | <input type="checkbox"/> 32 - Outros (as) |

| | |
|----------------|---|
| Anexos: | Documentos necessários à solução do assunto e para o que presto as seguintes informações: |
| | |

| | | |
|---------------------------|---|--------------------------------|
| Assinatura do Requerente: | Data do Requerimento: ____/____/____ | Assinatura da Chefia Imediata: |
|---------------------------|---|--------------------------------|