



**GOVERNO
DE
SERGIPE**

REQUERIMENTO DE FUNCIONÁRIO

AUTORIDADE A QUE É DIRIGIDO:		SIGLA DO ÓRGÃO:
NOME DO REQUERENTE:		C.P.F. DO REQUERENTE:
ENDEREÇO RESIDENCIAL:		TELEFONE:
CARGO OU FUNÇÃO:	E-MAIL:	

ÓRGÃO E UNIDADE DE LOTAÇÃO:

DIGITE "X", EM APENAS UM QUADRO, À ESQUERDA DO OBJETO DO REQUERIMENTO

<input type="checkbox"/>	Abono de falta (atestado médico/doação de sangue)	<input type="checkbox"/>	Gozo de licença prêmio
<input type="checkbox"/>	Abono de falta (erro/registo indevido de falta)	<input type="checkbox"/>	Gratificação de periculosidade
<input type="checkbox"/>	Abono de permanência	<input type="checkbox"/>	Gratificação para ajuda de custo
<input type="checkbox"/>	Adicional de triênio	<input type="checkbox"/>	Gratificação por titulação
<input type="checkbox"/>	Adicional de função	<input type="checkbox"/>	Inclusão de dependente para abatimento mensal no IRRF
<input type="checkbox"/>	Adicional noturno	<input type="checkbox"/>	Indenização de licença prêmio
<input type="checkbox"/>	Afastamento para curso	<input type="checkbox"/>	Licença maternidade (à gestante ou à adotante)
<input type="checkbox"/>	Afastamento para casamento	<input type="checkbox"/>	Licença paternidade
<input type="checkbox"/>	Afastamento para exercício de mandato eletivo	<input type="checkbox"/>	Licença para acompanhamento de cônjuge
<input type="checkbox"/>	Afastamento por até 8 dias (Decreto nº 40.523/2020)	<input type="checkbox"/>	Licença para tratamento da própria saúde
<input type="checkbox"/>	Afastamento por falecimento de cônjuge/filho/pai/mãe	<input type="checkbox"/>	Licença para tratamento de pessoa da própria família
<input type="checkbox"/>	Afastamento por falecimento de irmão/sogro	<input type="checkbox"/>	Licença para trato de interesse particular
<input type="checkbox"/>	Afastamento/desincompatibilização eleitoral	<input type="checkbox"/>	Promoção/progressão de classe/nível
<input type="checkbox"/>	Aposentadoria	<input type="checkbox"/>	Reabilitação administrativa
<input type="checkbox"/>	Autorização de porte de arma de fogo	<input type="checkbox"/>	Readaptação
<input type="checkbox"/>	Auxílio funeral	<input type="checkbox"/>	Reintegração
<input type="checkbox"/>	Averbação de tempo contributivo	<input type="checkbox"/>	Redução de carga horária
<input type="checkbox"/>	Carteira de Identificação Funcional	<input type="checkbox"/>	Remoção
<input type="checkbox"/>	Certidão de Antecedentes Funcionais	<input type="checkbox"/>	Retificação ou atualização de cadastro/dados pessoais
<input type="checkbox"/>	Certidão de Local de Lotação	<input type="checkbox"/>	Revisão/reanálise de outro requerimento
<input type="checkbox"/>	Certidão de Tempo de Serviço	<input type="checkbox"/>	Retribuição financeira por atividade de instrução/monitoria
<input type="checkbox"/>	Concessão de licença prêmio	<input type="checkbox"/>	Retroativo de _____
<input type="checkbox"/>	Desaverbação	<input type="checkbox"/>	Vale transporte
<input type="checkbox"/>	Outro (descreva aqui) →		

Solicito deferimento do pedido constante no presente requerimento.

ASSINATURA: _____ Data: ____/____/____

DETALHE/OBSERVAÇÃO:
