



**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 OU FUNCIONÁRIO DO SETOR</b>	
	__/__/__