

REQUERIMENTO

Protocolo nº _____

Data: _____

Protocolista: _____

PREFEITURA DE CABROBÓ

| | | | |
|-----------------|-----------------------|------------|--|
| Nome: | | | |
| CPF: | RG: | Fone: | |
| End.: | Nº: | Bairro: | |
| Cargo / Função: | Matrícula nº: | Município: | |
| Lotação: | Unidade de Exercício: | | |

Ao Prefeito / A (Ao) Secretária (o)

| | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Exoneração <input type="checkbox"/> Rescisão <input type="checkbox"/> Licença para Tratamento de Saúde <input type="checkbox"/> Licença por Doença em Pessoa da Família <input type="checkbox"/> Licença para Trato de Interesse Particular <input type="checkbox"/> Licença Maternidade <input type="checkbox"/> Licença Paternidade <input type="checkbox"/> Licença Prêmio: _____ dias Período: ____/____/____ a ____/____/____ Decênio: 1º ____ 2º ____ 3º ____ <input type="checkbox"/> Aposentadoria <input type="checkbox"/> Pagamento de Exercícios Anteriores | <input type="checkbox"/> Averbação de Tempo de Serviço <input type="checkbox"/> Cômputo de Tempo de Serviço <input type="checkbox"/> Inclusão de Dependente <input type="checkbox"/> Inclusão de Abono Família <input type="checkbox"/> Mudança de Nome / Retificação <input type="checkbox"/> Transferência de Cargo <input type="checkbox"/> Anotação de Diploma / Curso <input type="checkbox"/> Transferência de Lotação <input type="checkbox"/> Abono de Faltas <input type="checkbox"/> Férias / Período: ____/____/____ a ____/____/____ Exercício: ____/____ <input type="checkbox"/> Outros |
|--|--|

Informações Complementares / Anexo:

| | | |
|---------------------------------|--|----------------------|
| Assinatura do Requirante: _____ | | Data: ____/____/____ |
|---------------------------------|--|----------------------|

| |
|---|
| Despacho: Defere <input type="checkbox"/> Indefere <input type="checkbox"/> |
| Assinatura do Secretário: _____ Data: ____/____/____ |
| Assinatura do Chefe Imediato: _____ Data: ____/____/____ |

| |
|---|
| Despacho: Defere <input type="checkbox"/> Indefere <input type="checkbox"/> |
| Assinatura do Gestor Municipal: _____ Data: ____/____/____ |

| |
|---|
| Visto da Gestão Pessoal: _____ Data: ____/____/____ Defere <input type="checkbox"/> Indefere <input type="checkbox"/> |
|---|