



INFORMAÇÕES DO SOLICITANTE

NOME:		MATRÍCULA SIAPE:	
CPF:	RG:	E-MAIL:	
ENDEREÇO:		BAIRRO:	
CIDADE:	ESTADO:	CEP:	TELEFONE:
CARGO:	SETOR:	RAMAL:	

Venho requerer a Vossa Senhoria:

OPÇÃO		Documentos solicitados (Vide relação no verso)			
	023.03 - Aceleração da Promoção (Art. 15 da Lei 12.772/12)	01			
	026.192 - Assistência à Saúde (Art. 230 da Lei 8.112/90)	02			
	026.12 - Auxílio-Natalidade (Art. 196 da Lei 8.112/90)	03	04*		
	024.92 - Auxílio Pré-Escolar (Decreto nº 977, de 10 de novembro de 1993)	03	05*	06*	04*
	024.92 - Auxílio Transporte (Lei nº 7.418, de 16 de dezembro de 1985)	07	08	09	10
	026.131 - Averbação de tempo de serviço (Arts. 100 a 103 da Lei no 8.112/90)	23			
	024.2 - Férias – Alteração (Art. 77 da Lei 8.112/90)	11			
	023.03 - Incentivo à Qualificação (Arts. 11 e 12 da Lei 11.091/05)	13			
	020.5 - Inclusão Dependente/Pessoa da Família (Art. 35 da Lei 9.250/95)	14	15	03	
	024.91 - Licença Casamento (Art. 97, III, a, da Lei 8.112/90)	16	12		
	023.4 - Licença à Gestante (Art. 207, da Lei 8.112/90)	03	12	17*	05*
	023.4 - Licença Gestante – Prorrogação (Decreto nº 6.690/08)	03	12		
	023.4 - Licença Paternidade (Art. 208, da Lei 8.112/90)	03	12		
	023.4 - Licença Paternidade – Prorrogação (Decreto nº 8.737/16)	03	12		
	023.14 - Pagamento por Substituição (Art. 38, § 2º, da Lei 8.112/90)	19			
	023.03 - Progressão / Promoção – Docentes (Art. 14, da Lei 12.772/12)	20			
	023.03 - Progressão Mérito/Capacitação – TAs (Art. 10, da Lei 11.091/05)	21*	22*		
	Outros				

Outras informações que julgo necessárias:

Esperança, PB, ____/____/____

Assinatura do Requerente ou responsável



CÓDIGO	DOCUMENTOS QUE DEVEM SER ANEXADOS A ESTE REQUERIMENTO
01	Diploma Original.
02	Requerimento – Assistência à Saúde Suplementar e seus documentos específicos.
03	Certidão de Nascimento que conste o CPF.
04	Declaração que a partiriente (cônjuge ou companheira) não é servidora beneficiária desse mesmo auxílio, se for o caso.
05	Termo judicial de adoção, guarda ou tutela, se for o caso.
06	Laudo da Junta Oficial em Saúde, para dependentes portadores de necessidades especiais de qualquer idade, cujo desenvolvimento biológico, psicológico e a sua motricidade correspondam à idade mental relativa à faixa etária (até 5 anos, 11 meses e 29 dias de idade), se for o caso.
07	Termo de opção por Auxílio Transporte.
08	Comprovante de residência.
09	Planilha com o resumo das viagens realizadas no período requisitado.
10	Comprovantes do valor diário da despesa realizada com transporte coletivo.
11	Autorização da chefia imediata.
12	Portaria da autoridade máxima do órgão.
13	Diploma que comprove educação formal superior ao exigido para o cargo de que é titular.
14	Formulário de Declaração de Dependentes para Fins de Imposto de Renda.
15	Identidade e CPF, tomando como base o Art. 35 da Lei 9.250/95.
16	Certidão de Casamento.
17	Documento do SIASS em casos que demandem atestado por médico oficial.
18	Portaria de designação de substituição expedida pela autoridade máxima do órgão.
19	Documento comprobatório do afastamento ou impedimento legal do titular da função.
20	Avaliação de Desempenho Individual assinada pelo Coordenador do Curso.
21	Avaliação de Desempenho
22	Certificados comprobatórios da capacitação profissional.
23	Certidão de Tempo de Contribuição / Serviço, expedida pelo órgão competente, onde conste: <ol style="list-style-type: none">1. O fim a que se destina;2. Denominação do cargo ou emprego ocupado;3. Regime jurídico a que o interessado tenha se subordinado;4. Tempo de contribuição serviço bruto;5. Faltas e licenças ocorridas no período;6. Tempo líquido de contribuição;7. Demais ocorrências funcionais e;8. Valores das remunerações de contribuição previdenciária.