|  |
| --- |
| **01. Informações do (a) Requerente**  |
| Nome: | Matrícula SIAPE: |
| Cargo: | CPF: | RG: | Lotação: | Ramal: |
| Endereço: | Nº: |
| Complemento: | Cidade: | UF: | CEP: |
|  |  |  |  |
| Telefone: ( ) | Celular: ( ) | E-mail:  |

|  |
| --- |
| **VENHO REQUERER AO DIRETOR GERAL DO *CAMPUS* PRINCESA ISABEL:****A/C: Departamento de Gestão e Desenvolvimento de Pessoas – Campus Princesa Isabel** |

|  |
| --- |
| **02. Requerimento:** |
| **OPÇÃO** | **DOCUMENTOS NECESSÁRIOS** |
|  | **BONO DE FALTAS** (Doação de Sangue, Alistar como Eleitor, Casamento, Falecimento de Familiar) | 08 | 10 | 14 | 21 | 41 |  |  |  |  |  |
|  | **ABONO DE PERMANÊNCIA** | 12 | 27 | 30 | 32 | 52 |  |  |  |  |  |
|  | **ACELERAÇÃO DA PROMOÇÃO** | 68 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **ADICIONAL DE INSALUBRIDADE/PERICULOSIDADE** | 49 | 51 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **AFASTAMENTO DO PAÍS** (Para Estudo ou Missão Oficial no Exterior) | 05 | 13 | 28 | 37 | 48 | 49 | 55 | 59 | 62 | 67 |
|  | **AFASTAMENTO PARA MANDATO ELETIVO** | 45 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **AFASTAMENTO PARA QUALIFICAÇÃO NO PAÍS** (Pós-Graduação) | 05 | 13 | 49 | 61 | 67 |  |  |  |  |  |
|  | **APOSENTADORIA** | 12 | 27 | 30 | 32 | 38 | 39 | 44 |  |  |  |
|  | **ASSISTÊNCIA À SAÚDE SUPLEMENTAR** | 08 | 18 | 19 | 20 | 24 | 31 | 36 | 49 |  |  |
|  | **ASSISTÊNCIA PRÉ-ESCOLAR** | 09 | 31 | 43 | 50 | 66 |  |  |  |  |  |
|  | **AUXÍLIO NATALIDADE** | 09 | 31 | 42 | 43 |  |  |  |  |  |  |
|  | **AUXÍLIO-FUNERAL** | 08 | 09 | 11 | 34 | 46 | 54 | 63 |  |  |  |
|  | **AUXÍLIO-TRANSPORTE** | 04 | 20 | 49 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **AVERBAÇÃO DE TEMPO DE SERVIÇO/CONTRIBUIÇÃO** | 12 | 47 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **DEDICAÇÃO EXCLUSIVA** | 17 | 38 | 61 | 67 |  |  |  |  |  |  |
|  | **DISPENSA DE FUNÇÃO GRATIFICADA OU EXONERAÇÃO DE CARGO DE DIREÇÃO** | 22 | 39 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **EXONERAÇÃO, A PEDIDO** | 27 | 30 | 32 | 39 |  |  |  |  |  |  |
|  | **HORÁRIO ESPECIAL** | 35 | 40 | 50 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **INCENTIVO À QUALIFICAÇÃO** | 68 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **LICENÇA À ADOTANTE** | 66 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **LICENÇA À GESTANTE** (Maternidade) | 10 | 50 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **LICENÇA PARA ACOMPANHAMENTO DO CÔNJUGE OU COMPANHEIRO** | 08 | 25 | 46 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **LICENÇA PARA ATIVIDADE POLÍTICA** | 07 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **LICENÇA PARA CAPACITAÇÃO** | 40 | 60 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **LICENÇA PARA TRATAMENTO DE SAÚDE** | 01 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **LICENÇA PARA TRATAR DE INTERESSES PARTICULARES** (Sem Vencimentos) | 23 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **LICENÇA PATERNIDADE** | 09 | 66 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **LICENÇA POR MOTIVO DE DOENÇA EM PESSOA DA FAMÍLIA** | 01 | 14 | 15 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **LICENÇA PRÊMIO POR ASSIDUIDADE** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **PAGAMENTO POR SUBSTITUIÇÃO** | 16 | 58 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **PENSÃO CIVIL TEMPORÁRIA** (Por Morte) | 09 | 11 | 26 | 29 | 32 | 34 | 66 |  |  |  |
|  | **PENSÃO CIVIL VITALÍCIA** (Por Morte) | 08 | 11 | 26 | 29 | 32 | 34 | 46 |  |  |  |
|  | **PROGRESSÃO DOCENTE** (De um nível para outro dentro da mesma classe) | 03 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **PROGRESSÃO POR CAPACITAÇÃO PROFISSIONAL** | 56 | 68 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **PROGRESSÃO POR MÉRITO PROFISSIONAL** | 03 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **PROMOÇÃO DOCENTE** (Do último nível de uma classe para o nível inicial da subseqüente) | 03 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **PROMOÇÃO DOCENTE** (Para classe de titular) | 03 | 68 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **PRORROGAÇÃO DE AFASTAMENTO DO PAÍS OU PARA QUALIFICAÇÃO NO PAÍS** | 13 | 37 | 49 | 55 | 59 | 65 |  |  |  |  |
|  | **RETRIBUIÇÃO POR TITULAÇÃO** | 68 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **REVISÃO DE APOSENTADORIA** | 57 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **VACÂNCIA POR POSSE EM OUTRO CARGO INACUMULÁVEL** | 02 | 27 | 30 | 32 | 39 |  |  |  |  |
|  | **OUTROS – ESPECIFICAR:** |  |

|  |
| --- |
| **03. Justificativas/Exposição de Motivos/Outras Informações Complementares:**  |
|  |
|  |
|  |
|  |

Princesa Isabel,\_\_\_\_\_\_de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de 20\_\_\_\_\_

**ASSINATURA DO REQUERENTE**

**DOCUMENTOS QUE DEVEM SER ANEXADOS A ESTE REQUERIMENTO**

|  |  |
| --- | --- |
| 01 | Atestado Médico ou Odontológico |
| 02 | Ato de nomeação no Diário Oficial da União – DOU |
| 03 | Formulário de Avaliação de Desempenho |
| 04 | Bilhetes de passagens |
| 05 | Carta de aceitação, Convite ou Comunicação Oficial |
| 06 | Carta de aprovação de Plano e cronograma de atividades |
| 07 | Certidão da Justiça Eleitoral, atestando o registro da candidatura |
| 08 | Certidão de Casamento |
| 09 | Certidão de Nascimento |
| 10 | Certidão de Óbito (familiar) |
| 11 | Certidão de Óbito (servidor) |
| 12 | Certidão de tempo de serviço/contribuição |
| 13 | Comprovação de bolsa ou auxílio |
| 14 | Comprovação de parentesco |
| 15 | Comprovante de assistência indispensável ao servidor |
| 16 | Comprovante de ausência ou impedimento do titular |
| 17 | Comprovante de desligamento de outro vínculo |
| 18 | Comprovante de matricula, dependentes entre 21 e 24 anos |
| 19 | Comprovante de pagamento de mensalidade |
| 20 | Comprovante de residência |
| 21 | Comprovante do Tribunal Regional Eleitoral – TRE |
| 22 | Comunicação da Autoridade competente |
| 23 | Comunicação do servidor de que exercerá atividade profissional não conflitante com serviço público |
| 24 | Contrato com Operadora de Plano de Saúde |
| 25 | Cópia do ato que deslocou o cônjuge ou o (a) companheiro (a) |
| 26 | Cópia do CPF (requerente) |
| 27 | Cópia do CPF (servidor) |
| 28 | Cópia do Plano de Trabalho ou Resumo da apresentação |
| 29 | Cópia do RG (requerente) |
| 30 | Cópia do RG (servidor) |
| 31 | Cópia do RG e CPF (dependentes) |
| 32 | Cópia do ultimo contracheque |
| 33 | Correspondência atestando manifestação de interesse no projeto e período do estágio |
| 34 | Dados Bancários |
| 35 | Declaração com proposta de horários para compensação |
| 36 | Declaração da Operadora informando o titular e os dependentes |
| 37 | Declaração da Instituição ou do Orientador |
| 38 | Declaração de não acumulação de cargos e empregos |
| 39 | Declaração de Bens e Rendas |
| 40 | Declaração de matrícula, com duração, turno, período e horário |
| 41 | Declaração ou atestado comprovando a doação de sangue |
| 42 | Declaração que a parturiente não é servidora, se requerido pelo pai |
| 43 | Declaração que não percebe o benefício noutra fonte |
| 44 | Declaração que não responde à Sindicância ou a Processo Administrativo Disciplinar |
| 45 | Diploma expedido do Tribunal Regional Eleitoral – TRE |
| 46 | Escritura de união estável (heteroafetiva ou homoafetiva) |
| 47 | Fichas financeiras |
| 48 | Folder ou programa do evento |
| 49 | Formulário Específico (Padrão) |
| 50 | Laudo Médico Pericial, expedido por Junta Médica Oficial |
| 51 | Laudo Pericial Técnico |
| 52 | Mapa de tempo de contribuição, se dispuser |
| 53 | Memorial com atividades de Ensino, Pesquisa e Extensão |
| 54 | Nota fiscal de serviços |
| 55 | Plano de Estudos em Português |
| 56 | Portaria da última progressão ou promoção |
| 57 | Portaria de Aposentadoria |
| 58 | Portaria de substituto eventual |
| 59 | Procuração Específica |
| 60 | Programa do curso |
| 61 | Projeto de atividades e Plano de Trabalho |
| 62 | Projeto de tese |
| 63 | Recibo de pagamento |
| 64 | Reconhecimento de Saberes e Competências |
| 65 | Relatório de Atividades |
| 66 | Termo de Adoção ou Termo de Guarda e Responsabilidade |
| 67 | Termo de Compromisso e Responsabilidade, e Termo de Conhecimento |
| 68 | Título, Diploma ou Certificado, conforme o caso |