

REQUERIMENTO DE DIREITOS E VANTAGENS

ATENÇÃO!!!!

USE UM FORMULÁRIO PARA CADA PEDIDO.

EM CASO DE DÚVIDA, DIRIJA-SE AO PROTOCOLO.

ANTES DE PREENCHER, LEIA AS INSTRUÇÕES.

PROTOCOLO

OBTENHA A MANIFESTAÇÃO DA AUTORIDADE COMPETENTE PARA OS PEDIDOS DOS ITENS 05,06, 07.

NO CAMPO OBJETO DO REQUERIMENTO MARQUE UM "X" NO QUADRINHO CORRESPONDENTE A SEU PEDIDO.

DATE, ASSINE E ENCAMINHE ESTE FORMULÁRIO NO PROTOCOLO/SESAB, ATRAVÉS DA SUA UNIDADE.

DOCUMENTOS A SEREM ENTREGUES:

PARA O ITEM 01 - DECLARAÇÃO DE BENS, CARTEIRA DE IDENTIDADE, ÚLTIMO CONTRA-CHEQUE (CÓPIAS AUTENTICADAS).

PARA O ITEM 02 - CERTIDÃO DE TEMPO DE SERVIÇO DO ÓRGÃO PÚBLICO OU DO INSS (ORIGINAL).

PARA O ITEM 03 - PORTARIAS E/OU DECRETOS DE NOMEAÇÃO E EXONERAÇÃO DURANTE OS 10 (DEZ) ANOS.

PARA O ITEM 08 - CERTIDÃO DE NASCIMENTO DO FILHO E/OU DECLARAÇÃO DA ESCOLA (NO CASO DE PRORROGAÇÃO).

EXMO. SR. SECRETÁRIO

REQUERENTE:

FRANCISCO ASSIS NEVES FREIRE

CADASTRO:

19.324855-9

CARGO:

Médico

CLASSE, NÍVEL, SÍMBOLO:

VÍNCULO

PERMANENTE TEMPORÁRIO

ENDEREÇO RESIDENCIAL:

RUA CEARÁ Nº 136 - BAIRRO SÃO RITA

TELEFONES

RESIDENCIAL: (75) 8832-2197

TRABALHO:

DIRES:

4º

MUNICÍPIO: SANTO ANTONIO DE JESUS

LOCAL DE TRABALHO:

SMS/SAJ

OBJETO DO REQUERIMENTO:

1. APOSENTADORIA
2. AVERBAÇÃO DE TEMPO DE SERVIÇO
3. ESTABILIDADE ECONÔMICA
4. EXONERAÇÃO DE CARGO: PERMANENTE TEMPORÁRIO. A PARTIR DE / /
5. LICENÇA PARA INTERESSE PARTICULAR DE / / A / /
6. LICENÇA PRÊMIO PERÍODO AQUISITIVO DE 20 A 20 . A PARTIR DE / / A / /
7. REMOÇÃO PARA
8. SALÁRIO-FAMÍLIA: CONCESSÃO EXCLUSÃO PRORROGAÇÃO
9. OUTROS (INDICAR): SOLICITO LICENÇA (CONCORRER A MANUTENÇÃO ELETIVO LICENÇA PARA CONCORRER A CARGO ELETIVO (DEPUTADO ESTADUAL))

DOCUMENTOS ANEXOS NºS

DATA: 27/06/14

ASS. REQUERENTE: *[assinatura]*

PARECER

DATA: / /

CHEFE IMEDIATO

CONCORDO

NÃO CONCORDO

CONCORDO COM SUBSTITUIÇÃO

ASS: *[assinatura]*

DATA: / /

AUTORIDADE COMPETENTE

AUTORIZO

NÃO AUTORIZO

Everaldo Ferreira Junior
Diretor Regional de Saúde
da 4ª DIRES

ASS:

DATA: / /

DIRETOR DA UNIDADE DE DESTINO

CONCORDO

NÃO CONCORDO

ASS:

(NOS CASOS DE REMOÇÃO)

OBS.: NO CASO DE ALTERAÇÃO DE NOME, ANEXAR CERTIDÃO DE CASAMENTO AUTENTICADA.

Laurijane Neto C. Mercês
Secretaria Municipal de Saúde
Santo Antônio de Jesus-BA
19.143.089-1

Recebido
30/06/14
Denise da Fonseca Galvão
Coord. RH 4ª DIRES
Mat. 19.143.089-1