|  |  |
| --- | --- |
| brasaotoSecretaria da AdministraçãoGOVERNO DO TOCANTINS | FORMULÁRIO PARA REQUERIMENTOS DIVERSOS - RD - |

|  |
| --- |
| ATENÇÃO: LEIA AS INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO |

|  |  |
| --- | --- |
| 1) Nome do (a) Interessado (a):  | 2) CPF:  |
| 3) Endereço Residencial: | 4) CEP: | 5) Cidade: | 6)UF: |
| 7) E-mail : | 8)Fone/Contato |
| 9) Cargo 1: | 10) Matrícula | 11) Unidade e Município de Lotação |
| 12) Cargo 2: | 13) Matrícula | 14) Unidade e Município de Lotação |
| 15) Regional: | 16) Órgão: |
| **17) Licenças Médicas**

|  |  |
| --- | --- |
| a) |[ ]  Licença para tratamento de saúde |
| b) |[ ]  Licença por motivo de doença em pessoa da família |
| c) |[ ]  Prorrogação de licença médica |
| d) |[ ]  Licença por motivo de gestação ou adoção |
| d.1) | Opção pela prorrogação da Licença à gestante ou adotante?Sim [ ]  Não [ ]  |

 | **18) Benefícios**

|  |  |
| --- | --- |
| a) |[ ]  50% de Gratificação Natalina (mês de aniversário) |
| b) |[ ]  Ponto facultativo na data do aniversário:\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ ou em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ |

 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **c)** | [ ]  | **Período de 06 (seis) horas diárias ininterruptas** |
|  | [ ]  | Servidor |
|  | [ ]  | Cônjuge |
|  |[ ]  Companheiro(a) |
|  |[ ]  Filho(a) |
|  |[ ]  Pai |
|  |[ ]  Mãe |

 |
| [ ]  **19) Licença para tratar de interesses particulares**Tempo: \_\_\_\_\_\_ Meses Início:\_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ | [ ]  **20) Licença-prêmio por assiduidade**Período: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ |
| *Assinatura eletrônica***Nome do chefe imediato**Cargo do chefe imediato | *Assinatura eletrônica***Nome do chefe mediato**Cargo do chefe mediato |
| **21) Exoneração/ Extinção/ Vacância**

|  |  |
| --- | --- |
| a) |[ ]  Exoneração do Cargo Efetivo |
| b) |[ ]  Exoneração do Cargo em Comissão |
| c) |[ ]  Extinção de Termo de Compromisso de Serviço Público de Caráter Temporário |
| d) |[ ]  Declaração de Vacância para fins de posse em cargo ou emprego público inacumulável |

 |
|  **A partir de** \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_. |
| [ ]  **22) Salário-família** | [ ]  **23) Outros** (discriminar no campo 24)  |
| **24) Assunto:**  |
| INSTRUÇÕES / INFORMAÇÕES |
| (17) LICENÇAS MÉDICAS(a) Licença para tratamento de saúdeMarcar com um X o campo a; Caso ocupe outro cargo, o (a) requerente deverá preencher o campo 12;Anexar:Atestado Médico em formulário próprio da Junta Médica Oficial do Estado;Resultado dos Exames Laboratoriais realizados, quando for o caso;Declaração Hospitalar com data de internação e alta, quando for o caso;Cópia do último contracheque.(b) Licença por motivo de doença em pessoa da famíliaMarcar com um X o campo b;Caso ocupe outro cargo, o (a) requerente deverá preencher o campo 12;Anexar:Atestado Médico em formulário próprio da Junta Médica Oficial do Estado;Resultado dos Exames Laboratoriais realizados, quando for o caso;Declaração Hospitalar com data de internação e alta, quando for o caso;Cópia do último contracheque;Declaração de Acompanhante;Comprovante de Parentesco conforme o vínculo familiar existente.(c) Prorrogação de licença médicaMarcar com um X o campo c;Caso ocupe outro cargo, o (a) requerente deverá preencher o campo 12.(d) Licença por motivo de gestação ou adoçãoMarcar com um X o campo d;Caso ocupe outro cargo, o (a) requerente deverá preencher o campo 12;Anexar:Atestado Médico em formulário próprio da Junta Médica Oficial do Estado;Certidão de Nascimento da Criança;Cópia do último contracheque.(d.1) Opção pela Prorrogação da Licença por motivo de gestação ou adoçãoMarcar com um X o campo c.1, caso opte pela respectiva prorrogação. (18) BENEFÍCIOSMarcar com um X os campos a, b ou c.Somente para a letra “c”:Identificar o portador de necessidades especiais;Anexar:Certidão de Nascimento ou Casamento ou RG do portador;Comprovante de parentesco;Atestado médico original constando o CID;Comprovante de mesmo domicílio.(19) LICENÇA PARA TRATAR DE INTERESSES PARTICULARESMarcar com um X o campo 19 e preencha os campos indicando tempo e início;Assinatura no campo abaixo pelas chefias mediata e imediata;Caso o (a) servidor (a) tenha, também, cargo em comissão, o RH deverá informar se a exoneração já foi providenciada ou não pela Casa Civil.(20) LICENÇA - PRÊMIO POR ASSIDUIDADEMarcar com um X o campo 20 e preencha o campo indicando o período; Assinatura no campo abaixo pelas chefias mediata e imediata;(21) EXONERAÇÃO/EXTINÇÃO DE TERMO DE COMPROMISSO DE SERVIÇO DE CARÁTER TEMPORÁRIOMarcar com um X o campo 21;O RH deverá informar, através de declaração, até quando o (a) servidor (a) esteve em exercício naquele Órgão.(22) SALÁRIO-FAMÍLIAMarcar com um X o campo 22;Anexar:Certidão de nascimento, RG ou outro documento que comprove a dependência econômica;Até 7 anos, cópia do cartão de vacina atualizado (renovação anual no mês de novembro);Após os 7 anos, declaração escolar (renovação anual nos meses de maio e novembro).**OBSERVAÇÃO:** no processo administrativo eletrônico, este formulário deve ser nato-digital e assinado eletronicamente pelo interessado e, conforme a necessidade, pelos chefes mediato e imediato. |