|  |  |
| --- | --- |
| brasaotoSecretaria da Administração**GOVERNO DO TOCANTINS** | **FORMULÁRIO PARA REQUERIMENTOS DIVERSOS****- RD -** |

|  |
| --- |
| **ATENÇÃO: LEIA AS INSTRUÇÕES NO VERSO** |

|  |  |
| --- | --- |
| **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 \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ |
| Chefe Imediato |  | Chefe Mediato |  |
| \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_Data | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Carimbo/Assinatura | \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_Data | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Carimbo/Assinatura |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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:**  |

|  |  |
| --- | --- |
| **25)** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_. Local Data | * **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Assinatura do (a) interessado (a) |
| **INSTRUÇÕES / INFORMAÇÕES** |
| **(17) LICENÇAS MÉDICAS**(a) Licença para tratamento de saúde* Marcar 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 família* Marcar 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 médica* Marcar 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 adoção* Marcar 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 adoção* Marcar com um X o campo c.1, caso opte pela respectiva prorrogação.

 **(18) BENEFÍCIOS*** Marcar 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 PARTICULARES* Marcar 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 ASSIDUIDADE* Marcar 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 TEMPORÁRIO*** Marcar 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-FAMÍLIA* Marcar 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). |