



Protocolo nº. _____ / ____ - ____
 Data: ____ / ____ / ____

CARGO / ÁREA: PROFESSOR EBTT PROFESSOR SUBSTITUTO
 Área/Disciplina: _____
 TAE/ _____

NOME COMPLETO: _____ **MAT. SIAPE:** _____

CPF: _____ **FONE:** () _____ **E-MAIL:** _____

CAMPUS: _____ **LOTAÇÃO:** _____ **RAMAL:** _____

ENDEREÇO: _____ **Nº.:** _____

BAIRRO: _____ **COMPLEMENTO** _____ **CEP:** _____

Vem requerer ao Ilmo. Sr. DIRETOR DE GESTÃO DE PESSOAS DO IF-AM: (assinale com X)

X	PLEITO	PRAZO	X	PLEITO	PRAZO
	Abono de Permanência (EC 41/03)			Férias (Art. 77/80 - 8.112/90)	
	Adicional de insalubridade (Art. 68 a 72 - 8.112/90)			Horário Especial Servidor Estudante (Art. 98/99 - 8.112/90)	
	Adicional de periculosidade (Art. 68 a 72 - 8.112/90)			Incentivo à Qualificação - TAE <input type="checkbox"/> CONCEDER <input type="checkbox"/> ALTERAR	
	Ajuda de Custo (Art. 53 a 57 - 8.112/90)			Inclusão de Dependente - Dedução do IRPF (obrigatório CPF do dependente)	
	Afastamento p/ Pós-Graduação Stricto Sensu (Art. 96-A 8.112/90)	30 dias		Inclusão de Dependente - Acomp. de familiar doente (obrig. CPF do dependente)	
	Alteração de carga horária para _____			Licença para capacitação (Art. 87 - 8.112/90)	30 dias
	Aposentadoria (Art. 186 - 8.112/90)	imediatamente		Licença para tratar de interesses particulares (Art. 91 - 8.112/90)	
	Auxílio Alimentação			Licença paternidade (Art. 208 - 8.112/90)	
	Auxílio Creche (PRÉ-ESCOLAR)			Pensão	imediatamente
	Auxílio Funeral (Art. 226/228 - 8.112/90)	imediatamente		Progressão funcional p/ capacitação profissional - TAE (Art. 10 - 11.091/05)	
	Auxílio Natalidade (Art. 196 - 8.112/90)			Progressão por Titulação (ACELERAÇÃO) - DOCENTE	
	Auxílio Saúde			Remoção (Art. 36 - 8.112/90)	
	Auxílio Transporte (FORMULÁRIO ANEXO)			Redistribuição (Art. 37 - 8.112/90)	
	Averbação de tempo de serviço			Rescisão de Contrato Temporário	
	Declaração (ESPECIFICAR)			Restituição de faltas	
	Dispensa de Função/Cargo Comissionado			Retribuição por Titulação - DOCENTE <input type="checkbox"/> CONCEDER <input type="checkbox"/> ALTERAR	
	Domicílio Bancário (ALTERAR)			SIAPENET <input type="checkbox"/> CADASTRO <input type="checkbox"/> DESBLOQUEIO	
	Exoneração a pedido (Art. 34 - 8.112/90)			Vacância/posse cargo público inacumulável (Art. 33 - 8.112/90)	

OUTROS - Especificar: _____

 Tendo Anexado _____ DOCUMENTO(S) necessário(s) ao pleito, presta as seguintes informações complementares _____

 _____ e solicita deferimento da solicitação.

ABONO DE FALTAS: Nº. de dias faltados: ____ (____) DIA/PERÍODO da(s) falta(s) ____ / ____ / ____ a ____ / ____ / ____
 MOTIVO da(s) falta(s): _____, pelo que anexo
 Atestado Médico (em se tratando de doença), presto as seguintes informações complementares e peço deferimento:
 Idade: _____ Sexo: _____ Altura: _____ Peso: _____ Tipo Sang. e Fator RH: _____

_____- AM, ____ / ____ / ____
 Localidade Assinatura do Requerente

À: UNIDADE SIASS
 DESPACHO: _____

 Manaus - AM, ____ / ____ / ____

Ao(À) _____ para as providências devidas.
 DGP/PROAD/IF-AM: ____ / ____ / ____

 Diretor de Gestão de Pessoas