



PROTOCOLO Nº _____	Data: ____/____/____		CARGO/ ÁREA:	<input type="checkbox"/> Professor EBTT Professor Substituto
				Área /Disciplina _____
<input type="checkbox"/> TAE/ _____				
NOME COMPLETO: _____				
CPF: _____	FONE: _____	E-MAIL: _____		
CAMPUS: _____	LOTAÇÃO _____	RAMAL: _____		
ENDEREÇO: _____				Nº: _____
BAIRRO: _____	COMPLEMENTO: _____	CEP.: _____		

Vem requerer ao(à) Ilmo(a).Sr(a). DIRETOR(A) DE GERAL DO IFAM (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 a72 – 8.112/90)			Horário Especial Servidor Estudante (Art.98/99 – 8.112/90)	
	Adicional de periculosidade (Art.68 a72 – 8.112/90)			Incentivo à Qualificação-TAE CONCEDER <input type="checkbox"/> ALTERAR <input type="checkbox"/>	
	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 (obrigatório CPF do dependente)	
	Alteração de carga horária para _____			Licença para capacitação (Art. 87-8.112/90)	30 dias
	Aposentadoria (Art.186 – 8.112/90)	Imediato		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	Imediato
	Auxílio Funeral (Art.226/228 – 8.112/90)	Imediato		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 por tempo de serviço			Rescisão de Contrato Temporário	
	Declaração (ESPECIFICAR)			Restituição de falta	
	Dispensar de Função/Cargo Comissionado			Retribuição por Titulação – DOCENTE <input type="checkbox"/> CONCEDER <input type="checkbox"/> ALTERAR <input type="checkbox"/>	
	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 FALTA 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: _____

ITACOATIARA-AM, ____/____/____
 Localidade

Assinatura do Requerente

DESPACHO DA DG: _____

Itacoatiara-Am ____/____/____

Ao (A) _____ para as providências devidas.

