



MUNICÍPIO DE ITABI
ESTADO SERGIPE
SEC. MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO GERAL
DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS

Prot. Nº _____ De ____/____/____

Assinatura Servidor do Protocolo:

REQUERENTE:				MATRÍCULA:			
CPF:		CARGO:		TELEFONE PARA CONTATO:			
Adicional de Insalubridade		Adicional Noturno		Adicional de Periculosidade			
Ajuda de Custo		Salário Família		Triênio			
OUTROS:							
Férias de ____/____/____, a ____/____/____, Totalizando ____ dias.							
Licença Prêmio		Gozo		Pecúnia			
Período de ____/____/____, a ____/____/____, Totalizando ____ dias.							
Licença Maternidade / Período de ____/____/____, a ____/____/____, Totalizando ____ dias.							
Licença Paternidade / Período de ____/____/____, a ____/____/____, Totalizando ____ dias.							
Licença para Tratamento de Saúde / Período de ____/____/____, a ____/____/____, Totalizando ____ dias.							
Licença por motivo de doença de pessoa da família / Período de ____/____/____, a ____/____/____, Totalizando ____ dias.							
Licença para Tratar de Interesses Particulares / Período de ____/____/____, a ____/____/____, Totalizando ____ dias.							
Declaração de Tempo de Serviço para outros fins:							
Gratificação e Adicional		Titulação		Produtividade		Tempo de serviço	
Exclusão de Gratificação:		A partir de: ____/____/____					
Exoneração / Demissão / Desligamento do Cargo:							
Outros:							
Motivo:							
Outros:							

Assinatura e carimbo do Responsável pelo Setor de Trabalho do(a), CIENTE E AUTORIZO.

Nestes termos pede deferimento;

Itabi/SE, ____ de _____ de 2022.

Obrigatório para as Licenças Prêmio e Férias

Requerente

Sujeito ao deferimento da DRH e da Secretaria de Origem