



GOVERNO DO ESTADO
RIO DE JANEIRO

VAMOS VIRAR O JOGO

Excelentíssimo Senhor Secretário de Estado de Saúde

Nome do Servidor :		Matrícula :
Nome do Ex-Servidor :		Matrícula :
Nome do Requerente :		Grau de parentesco:
Endereço (Rua - Avenida - Aptº) :		
(Bairro, Distrito, Município, CEP) :		Telefone :
Nacionalidade :	Naturalidade:	Estado Civil :
Identidade Nº. :	CPF :	PIS/PASEP Nº :
Órgão de Origem :		Unidade Administrativa :
Cargo Efetivo :	Nível / Referência :	
Cargo em Comissão :	Símbolo :	
E-mail :		

Vem Requerer V.Exª. de acordo com a legislação em vigor:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Abono de Faltas | <input type="checkbox"/> Exoneração |
| <input type="checkbox"/> Acumulação de Cargos | <input type="checkbox"/> Incorporação |
| <input type="checkbox"/> Aposentadoria | <input type="checkbox"/> Insalubridade |
| <input type="checkbox"/> Auxílio | <input type="checkbox"/> Licença |
| <input type="checkbox"/> Averbação de Tempo de Serviço | <input type="checkbox"/> Pensão Especial |
| <input type="checkbox"/> Cancelamento | <input type="checkbox"/> Proventos |
| <input type="checkbox"/> Certidão | <input type="checkbox"/> Readaptação |
| <input type="checkbox"/> Concessão | <input type="checkbox"/> Reassunção |
| <input type="checkbox"/> Contagem em dobro | <input type="checkbox"/> Reposicionamento |
| <input type="checkbox"/> Declaração | <input type="checkbox"/> Retificação de Nome |
| <input type="checkbox"/> Encerramento de folha | <input type="checkbox"/> Revisão |
| <input type="checkbox"/> Enquadramento | <input type="checkbox"/> Salário Família |

Informações Complementares :

Nestes termos, pede deferimento

Rio de Janeiro, _____ de _____ de _____

Assinatura