

PROTOCOLO GERAL

PROTOCOLO	RECEBIDO EM	RESPONSÁVEL
Nº: _____	____/____/____ ÀS ____H ____MIN	_____
DADOS PESSOAIS		
NOME: _____		
ENDEREÇO: _____		Nº: _____
BAIRRO: _____	COMPLEMENTO: _____	
CIDADE: _____	CEP: _____	
CARGO/FUNÇÃO: _____	MATRÍCULA: _____	
LOTAÇÃO/SECRETARIA: _____		
SETOR DE TRABALHO: _____		
REQUERER AO:		
<input type="checkbox"/> PREFEITO	<input type="checkbox"/> COORDENADOR(A) DE RECURSOS HUMANOS	
<input type="checkbox"/> SECRETÁRIO(A)	<input type="checkbox"/> OUTRO: _____	
TIPO DE SOLICITAÇÃO		
<input type="checkbox"/> APOSENTADORIA	<input type="checkbox"/> LICENÇA MÉDICA PARA TRATAMENTO DE SAÚDE	
<input type="checkbox"/> AUXÍLIO FUNERAL	<input type="checkbox"/> AVERBAÇÃO DE TEMPO DE SERVIÇO	
<input type="checkbox"/> AUXÍLIO DOENÇA	<input type="checkbox"/> LICENÇA PARA INTERESSE PARTICULAR	
<input type="checkbox"/> BAIXA NA C.T.P.S	<input type="checkbox"/> MUDANÇA DE NOME/RETIFICAÇÃO	
<input type="checkbox"/> COMPUTAR TEMPO DE SERVIÇO	<input type="checkbox"/> PAGAMENTO DE EXERCÍCIOS ANTERIORES	
<input type="checkbox"/> EXONERAÇÃO/DISPENSA	<input type="checkbox"/> CONTAGEM EM DOBRO DE LICENÇA ESPECIAL	
<input type="checkbox"/> INCLUSÃO DO SALÁRIO FAMÍLIA	<input type="checkbox"/> REMOÇÃO/TRANSFERÊNCIA	
<input type="checkbox"/> LICENÇA GESTANTE	<input type="checkbox"/> LICENÇA PARA ACOMPANHAR MEMBRO DA FAMÍLIA	
<input type="checkbox"/> LICENÇA PARTENIDADE	<input type="checkbox"/> AUXÍLIO TRANSPORTE	
<input type="checkbox"/> MUDANÇA DE NÍVEL	<input type="checkbox"/> REDUÇÃO DE CARGA HORÁRIA	
<input type="checkbox"/> PRORROGAÇÃO DE LICENÇA	<input type="checkbox"/> LICENÇA PARA PÓS-GRADUAÇÃO <i>STRICTU SENSU</i>	
<input type="checkbox"/> REDUÇÃO DE CARGA HORÁRIA	<input type="checkbox"/> OUTROS: _____	
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES: _____ _____		
Crato/CE, ____ de ____ de 20____		
_____ Assinatura do requerente		_____ Chefe Imediato