



INSTITUTO FEDERAL DE  
EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA  
FLUMINENSE

Secretaria de Educação  
Profissional e Tecnológica

Ministério  
da Educação



DIRETORIA DE GESTÃO DE PESSOAS

## REQUERIMENTO

Para uso do Protocolo:

Nome: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_ Matríc.SIAPE \_\_\_\_\_

Coordenação/Gerência: \_\_\_\_\_

### REQUER A V. S<sup>a</sup>. :

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ABONO DE FALTA   | <input type="checkbox"/> INCLUSÃO DE DEPENDENTES IMPOSTO DE RENDA      |
| <input type="checkbox"/> ABONO DE PERMANÊNCIA                                       | <input type="checkbox"/> INCLUSÃO DE DEPENDENTES SALÁRIO FAMÍLIA       |
| <input type="checkbox"/> ADIANTAMENTO DO 13 <sup>o</sup> SALÁRIO (6/12 AVOS) FÉRIAS | <input type="checkbox"/> INCLUSÃO DE E-MAIL NO CADASTRO                |
| <input type="checkbox"/> ANTECIPAÇÃO DE SALÁRIO/FÉRIAS                              | <input type="checkbox"/> LICENÇA GALA                                  |
| <input type="checkbox"/> APOSENTADORIA INTEGRAL                                     | <input type="checkbox"/> LICENÇA GESTANTE/ ADOTANTE                    |
| <input type="checkbox"/> APOSENTADORIA PROPORCIONAL                                 | <input type="checkbox"/> LICENÇA NOJO                                  |
| <input type="checkbox"/> APOSENTADORIA POR INVALIDEZ                                | <input type="checkbox"/> LICENÇA PATERNIDADE                           |
| <input type="checkbox"/> APOSENTADORIA COMPULSÓRIA                                  | <input type="checkbox"/> LICENÇA PARA TRATAR DE INTERESSE PARTICULAR   |
| <input type="checkbox"/> AUXÍLIO CRECHE   | <input type="checkbox"/> LICENÇA PRÊMIO POR ASSIDUIDADE                |
| <input type="checkbox"/> AUXÍLIO FUNERAL  | <input type="checkbox"/> MUDANÇA DE CONTA CORRENTE                     |
| <input type="checkbox"/> AUXÍLIO NATALIDADE   | <input type="checkbox"/> MUDANÇA DE ENDEREÇO                           |
| <input type="checkbox"/> AVERBAÇÃO DE TEMPO DE SERVIÇO                              | <input type="checkbox"/> PENSÃO VITALÍCIA                              |
| <input type="checkbox"/> CERTIDÃO DE TEMPO DE SERVIÇO                               | <input type="checkbox"/> PENSÃO TEMPORÁRIA                             |
| <input type="checkbox"/> CONTAGEM DE TEMPO DE SERVIÇO PARA APOSENTADORIA            | <input type="checkbox"/> PROGRESSÃO FUNCIONAL POR TITULAÇÃO( DOCENTE ) |
| <input type="checkbox"/> CONTAGEM DE TEMPO DE SERVIÇO PARA LIC. PRÊMIO              | <input type="checkbox"/> REDISTRIBUIÇÃO                                |
| <input type="checkbox"/> DECLARAÇÃO   | <input type="checkbox"/> RESCISÃO DE CONTRATO                          |
| <input type="checkbox"/> DISPENSA DE FUNÇÃO   | <input type="checkbox"/> REVISÃO DE APOSENTADORIA                      |
| <input type="checkbox"/> EXCLUSÃO DE DEPENDENTES IMPOSTO DE RENDA                   | <input type="checkbox"/> SEGUNDA VIA DE CONTRACHEQUE                   |
| <input type="checkbox"/> EXCLUSÃO DE DEPENDENTES SALÁRIO FAMÍLIA                    | <input type="checkbox"/> OUTROS: (INFORMAR ABAIXO)                     |
| <input type="checkbox"/> FÉRIAS (1/3)   | .....  |

### Informações Complementares:

Nestes termos,  
Pede deferimento.

Campos dos Goytacazes, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2 \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Requerente

Para uso da Coordenação/Gerência/Diretoria:

Da: Diretoria de Gestão de Pessoas  
Para: