



**Universidade
Estadual de
Santa Cruz**

REQUERIMENTO

Nome			Nº DE PROTOCOLO PROTOCOLO Nº _____ Em ____ / ____ / ____ _____ Assinatura
Identidade	CPF	Cargo	
Nível / Símbolo	Classe	Lotação	
Cadastro	Unidade onde serve		

JUNTANDO A DOCUMENTAÇÃO EM ANEXO, REQUER:

<input type="checkbox"/> AVERBAÇÃO DE TEMPO DE SERVIÇO	<input type="checkbox"/> APOSENTADORIA
<input type="checkbox"/> ESTABILIDADE ECONÔMICA	<input type="checkbox"/> AJUDA DE CUSTO

<input type="checkbox"/> ALTERAÇÃO DE NOME	De _____ Para _____
--	------------------------

<input type="checkbox"/> REMOÇÃO DE:	PARA::
--------------------------------------	--------

<input type="checkbox"/> EXONERAÇÃO, A PARTIR DE: ____ / ____ / ____
--

<input type="checkbox"/> LICENÇA PRÊMIO	A) Referente aos requisitos de _____ e _____ B) Início em ____ / ____ / ____	Autorizo afastamento Chefe do funcionário
---	---	--

<input type="checkbox"/> LICENÇA DE INTERESSE PARTICULAR	Prazo Período de: ____ / ____ / ____ a ____ / ____ / ____
--	--

<input type="checkbox"/> ADICIONAIS	Corresponde a _____ % referente ao decênio de _____ a _____ ou quinquênios de _____ a _____
-------------------------------------	--

<input type="checkbox"/> SALÁRIO FAMÍLIA	<input type="checkbox"/> Concessão	<input type="checkbox"/> Exclusão	
	<input type="checkbox"/> Esposo	<input type="checkbox"/> Mãe	<input type="checkbox"/> Filho menor sob guarda e responsabilidade

<input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA DE CARGO	De _____ Para _____
---	------------------------

<input type="checkbox"/>

<input type="checkbox"/>

JUSTIFICATIVA (quando couber)

ATENÇÃO: O número do cadastro errado implicará na devolução imediata deste pedido. Preencha o endereço no verso para facilitar qualquer comunicação.

DATA	ASSINATURA
------	------------