



GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA
Superintendência Estadual de Administração e Recursos Humanos do Estado de Rondônia
SEGEP

REQUERIMENTO

EU _____ DATA ADM. ____/____/____
ATIVO () SIM () NÃO TELEF: CONTATO _____ E-MAIL: _____
MATRÍCULA _____ CARGO _____ LOTAÇÃO _____
ENDEREÇO RESIDENCIAL _____ N.º _____
CIDADE _____ ESTADO _____ CPF: _____
RG: _____ RECEBE REMUNERAÇÃO NA AG.N.º _____
C/C N.º _____ . **VENHO REQUERER,**

- | | | |
|------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Abono Pecuniário | <input type="checkbox"/> Exoneração | <input type="checkbox"/> Licença Prêmio em Pecúnia |
| <input type="checkbox"/> Adic. Insalubridade | <input type="checkbox"/> Férias em Pecúnia | <input type="checkbox"/> Lic.P/Trato de Int. Assunto Particulares |
| <input type="checkbox"/> Adic. Noturno | <input type="checkbox"/> Ficha Funcional | <input type="checkbox"/> Licença Maternidade |
| <input type="checkbox"/> Ajuda de Custo | <input type="checkbox"/> Grat. Ensino Especial | <input type="checkbox"/> Mudança de Regime |
| <input type="checkbox"/> Abono Permanência | <input type="checkbox"/> Grat. por Especialização | <input type="checkbox"/> Progressão Funcional |
| <input type="checkbox"/> Aposentadoria | <input type="checkbox"/> Grat. Incentivo à Educação | <input type="checkbox"/> Remoção |
| <input type="checkbox"/> Aposentadoria por Invalidez | <input type="checkbox"/> Gratificação Pós-Graduação | <input type="checkbox"/> Retroativos de Pagamentos |
| <input type="checkbox"/> Aposentadoria Compulsória | <input type="checkbox"/> Horário Esp.Trabalho | <input type="checkbox"/> Redução de Carga Horária |
| <input type="checkbox"/> Ajuda de Custo/Magistério | <input type="checkbox"/> Homologação de Lic. Médica | <input type="checkbox"/> Termo de Posse |
| <input type="checkbox"/> Auxílio Saúde | <input type="checkbox"/> Horário Especial de Trabalho | <input type="checkbox"/> Termo de Reconvocação |
| <input type="checkbox"/> Auxílio Transporte | <input type="checkbox"/> Lic. P/Acompanhar .Conjuge | <input type="checkbox"/> Vantagem Pessoal / |
| <input type="checkbox"/> Averb.Tempo de Serviço | <input type="checkbox"/> Lic. P/Ativ. Política | <input type="checkbox"/> Vacância |
| <input type="checkbox"/> Afastamento p/aguardar Aposent. em casa | <input type="checkbox"/> Lic. P/desemp. de Mand.Classista | <input type="checkbox"/> Outros assuntos |
| <input type="checkbox"/> Certidão por Tempo de Serviço | <input type="checkbox"/> Lic. P/freq. Curs.Aperf. e Qualif.Profic. | |
| <input type="checkbox"/> Desarquivamento de Processo | <input type="checkbox"/> Lic.P/Mandato Eletivo | |
| | <input type="checkbox"/> Licença Prêmio | |

REQUER seja efetivada a contribuição previdenciária sobre a Gratificação de Atividade Docente constante no **artigo 77 letra "a" da Lei 680/12**. A referida gratificação é do cargo para o qual fez o concurso público.

Nestes Termos, pede deferimento,

Porto Velho-RO, ____ de _____ de 20 ____.

Assinatura do Servidor(a)

Documentos em anexo: Cópias de RG, CPF, Contra Cheque.