



## REQUERIMENTOS DIVERSOS

Nome:		CPF:		
Cargo:	Matrícula:	Lotação:		
Endereço Residencial:	Cidade:	UF:	CEP:	Fone/Contato:

<b>LICENÇAS:</b>	
<input type="checkbox"/> para tratamento de saúde;	<input type="checkbox"/> por motivo de doença em pessoa da família;
<input type="checkbox"/> por motivo de afastamento do cônjuge ou companheiro;	<input type="checkbox"/> para o serviço militar;
<input type="checkbox"/> para atividade política;	<input type="checkbox"/> para capacitação;
<input type="checkbox"/> para desempenho de mandato classista.	<input type="checkbox"/> por tutoria ou adoção;
<input type="checkbox"/> maternidade - Prorrogação de 60 dias? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	
<input type="checkbox"/> para tratar de interesses particulares Tempo: _____ meses      Início: ____/____/____	<input type="checkbox"/> licença-prêmio por assiduidade Período: ____/____/____ a ____/____/____
_____/_____/_____ Chefia Imediata	
_____/_____/_____ Chefia Mediata	

<b>AFASTAMENTOS:</b>	
<input type="checkbox"/> servir a outro órgão ou entidade;	<input type="checkbox"/> exercer mandato eletivo;
<input type="checkbox"/> estudar no país ou no exterior;	<input type="checkbox"/> realizar missão oficial no exterior;
<input type="checkbox"/> atender convocação da Justiça Eleitoral, durante o período eletivo;	<input type="checkbox"/> servir no Tribunal do Júri;

<b>AUXÍLIOS E BENEFÍCIOS:</b>	
<input type="checkbox"/> auxílio-funeral;	<input type="checkbox"/> auxílio-natalidade;
<input type="checkbox"/> auxílio-reclusão;	<input type="checkbox"/> 50 % de Gratificação Natalina: (mês/aniversário) _____
<input type="checkbox"/> <b>OUTROS:</b>	
Palmas-TO, ____/____/_____ _____ <b>Requerente</b>	

<b>Despachos:</b>

## DOCUMENTAÇÃO QUE DEVERÃO ACOMPANHAR O REQUERIMENTO

### **LICENÇAS:**

#### **- PARA TRATAMENTO DE SAÚDE:**

- Atestado Médico em formulário próprio da Junta Médica Oficial do Estado;
- Resultado dos Exames Laboratoriais realizados, quando for o caso;
- Declaração Hospitalar com data de internação e alta, quando for o caso; e
- Cópia do último contracheque.

#### **- POR MOTIVO DE DOENÇA EM PESSOA DA FAMÍLIA:**

- Atestado Médico em formulário próprio da Junta Médica Oficial do Estado;
- Resultado dos Exames Laboratoriais realizados, quando for o caso;
- Declaração Hospitalar com data de internação e alta, quando for o caso;
- Declaração de Acompanhante;
- Comprovante de Parentesco conforme o vínculo familiar existente; e
- Cópia do último contracheque.

#### **- MATERNIDADE OU ADOÇÃO:**

- Atestado médico em formulário próprio da Junta Médica Oficial do Estado;
- Certidão de Nascimento da criança ou Guarda Judicial para fins de adoção;
- Cópia do último contracheque

#### **- PARA ATIVIDADE POLÍTICA:**

- Período **sem** remuneração (data da convenção partidária até o registro da candidatura junto ao TRE);
- Ata da convenção partidária para escolha de candidatos.
- Período **com** remuneração (data do registro da candidatura junto ao TRE até o dia da eleição);
- Registro de candidatura emitido pelo TRE.

### **BENEFÍCIOS:**

#### **- AUXÍLIO-FUNERAL:**

- Comprovante de parentesco;
- Certidão de óbito.

#### **- AUXÍLIO-NATALIDADE:**

- Certidão de nascimento;
- Cópia do último contra-cheque.

#### **- AUXÍLIO-RECLUSÃO:**

- Sentença condenatória;
- Certidão de Casamento Civil, se esposo (a);
- Certidão de sentença que assegure direito à pensão alimentícia, se divorciado (a) ou separado (a) judicialmente;
- Prova de união estável, se companheiro (a);
- Certidão de nascimento.

#### **- SALÁRIO-FAMÍLIA:**

- Certidão de nascimento, RG ou outro documento que comprove a dependência econômica;
- Até 7 anos, cópia do cartão de vacina atualizado (renovação anual no mês de novembro);
- Após 7 anos, declaração escolar (renovação anual nos meses de maio e novembro);
- Termo de responsabilidade.