



GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA

À Sua Excelência o (a) Senhor (a),

Secretário (a) de Estado de Saúde Pública

Nome Completo

CPF

Local de Trabalho

Cargo/Matrícula

Endereço Residencial

CEP

E-mail

Telefone

Solicito a Vossa Excelência a concessão de:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Adicional de Tempo de Serviço | <input type="checkbox"/> Licença Maternidade |
| <input type="checkbox"/> Alteração de Nome | <input type="checkbox"/> Licença para Acompanhar Cônjuge |
| <input type="checkbox"/> Aposentadoria por Tempo de Serviço | <input type="checkbox"/> Revisão de Pagamento |
| <input type="checkbox"/> Aposentadoria Proporcional | <input type="checkbox"/> Licença para Casamento |
| <input type="checkbox"/> Atualização de Endereço | <input type="checkbox"/> Licença para Curso |
| <input type="checkbox"/> Auxílio Natalidade | <input type="checkbox"/> Licença para Eventos |
| <input type="checkbox"/> Auxílio Funeral | <input type="checkbox"/> Licença para Tratamento de Saúde |
| <input type="checkbox"/> Averbação de Tempo de Serviço | <input type="checkbox"/> Licença Paternidade |
| <input type="checkbox"/> Declaração de Tempo de Serviço (Ex-Servidor) | <input type="checkbox"/> Licença para Atividade Política |
| <input type="checkbox"/> Contagem de Tempo de Serviço | <input type="checkbox"/> Licença Prêmio por Assiduidade |
| <input type="checkbox"/> Declaração de Renda | <input type="checkbox"/> Licença sem Vencimentos |
| <input type="checkbox"/> Declaração Funcional | <input type="checkbox"/> Outros |
| <input type="checkbox"/> Dispensa de Função (FG / DAS) | <input type="checkbox"/> Pecúnia |
| <input type="checkbox"/> Dispensa de Cargo | <input type="checkbox"/> Redistribuição |
| <input type="checkbox"/> Exoneração | <input type="checkbox"/> Remoção / Transferência |
| <input type="checkbox"/> Férias | <input type="checkbox"/> Salário Família |
| <input type="checkbox"/> Licença Nojo (Óbito) | <input type="checkbox"/> Verbas rescisórias |
| <input type="checkbox"/> Incorporação (FG / DAS) | |

Justificativa (Esclarecimentos + Documentos Anexados):

Nestes termos, pede deferimento.

Belém/PA, _____ de _____ de 2024

Assinatura do Servidor (a)