



GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ
SECRETARIA DE ESTADO DE EDUCAÇÃO

REQUERIMENTO

EXMO. SR. SECRETÁRIO DE ESTADO DE EDUCAÇÃO, EU

NOME DO REQUERENTE:				MATRICULA:		/	
CPF:	Data Nasc.:	() Adm Geral	() Magistério	TELEFONE: ()			
CARGO:			FUNÇÃO:				
EMAIL:			TIPO DE VINCULO:		() Efetivo	() Não Estável	() Temporário
DRE:			LOTAÇÃO:				

VENHO REQUER A CONCESSÃO DE

- | | |
|---|---|
| ☐ ATUALIZAÇÃO CADASTRAL | ☐ FÉRIAS |
| ☐ AUXÍLIO FUNERAL | Total de Dias : _____ |
| ☐ AVERBAÇÃO | Data de Início ____/____/____ Data de Fim ____/____/____ |
| ☐ CÓPIA DE CONTRATO | ☐ LICENÇA ESPECIAL |
| ☐ CÓPIA DE PROCESSO n: _____ | Total de Dias : _____ |
| ☐ DISTRATO | Data de Início ____/____/____ Data de Fim ____/____/____ |
| ☐ DECLARAÇÃO DE TEMPO DE SERVIÇO | ☐ LICENÇA SEM VENCIMENTO |
| ☐ GRATIFICAÇÃO DE TITULARIDADE | Data de Início ____/____/____ Data de Fim ____/____/____ |
| ☐ PORTARIA DE CONCLUSÃO DE ESTÁGIO PROBATÓRIO | ☐ LICENÇA APRIMORAMENTO |
| ☐ REDUÇÃO DE JORNADA (Lei Estadual 9.313/2021) | Data de Início ____/____/____ Data de Fim ____/____/____ |
| ☐ REVISÃO DE PAGAMENTO (contra-cheque) | ☐ READAPTAÇÃO |
| ☐ VERBAS RECISÓRIAS | ☐ ACOMPANHANTE PARA ALUNO PCD (Lei 13.146 de 2015) |
| ☐ REMOÇÃO | ☐ EXONERAÇÃO a contar de ____/____/____ |
| ☐ LOTAÇÃO | |
| ☐ LICENÇA SAÚDE | |
| ☐ PERÍCIA MÉDICA | |
| ☐ PECÚNIA | |
| ☐ OUTRO: _____ | |

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES A RESPEITO DO PEDIDO:

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO:

(Município/Estado)

EM: ____/____/____

Assinatura do Requerente
(conforme identidade)

Assinatura da Chefia Imediata
(usar carimbo)