



**Prefeitura Municipal de Bom Despacho**  
**Estado de Minas Gerais**  
**Secretaria Municipal de Administração**  
**Solicitação de Atendimento em Recursos Humanos**

Dados do solicitante:

Vínculo:  Efetivo  Contratado  Comissionado  Visitante

Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ Data Admissão: \_\_\_\_\_

Nome Cargo: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

Gerência: \_\_\_\_\_

Demandas apresentadas

Certidão de Contagem de Tempo \_\_\_\_\_

Vale-transporte  1º Cartão \_\_\_\_\_

Número do cartão: \_\_\_\_\_

Atendimento Específico – Gerências \_\_\_\_\_

Esclarecimento sobre o Contracheque \_\_\_\_\_

Licença Sem Vencimento – Período de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (Prazo máximo de 02 anos)

Licença por motivo de doença em pessoa da Família – Período de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (Nos termos da Instrução Normativa SMA 01/2018)

Redução da Jornada de Trabalho (Caso especial) – Motivo \_\_\_\_\_

Afastamento \_\_\_\_\_ (Comprovação)

Antecipação 13º Data de Nascimento: \_\_\_\_\_  100%  50%

Outros. Especificar \_\_\_\_\_

Fundamentação:

Data: \_\_\_\_\_

Dados Adicionais - Documentos Anexos:

\_\_\_\_\_

Gerência da Folha de Pagamento:

Tem direito  Não tem direito - Justificativa: \_\_\_\_\_

Aprovação da Gerência da Folha de Pagamento

Data \_\_\_\_\_

Nome Completo \_\_\_\_\_

Cargo \_\_\_\_\_

Chefe Imediato:

Concordo  Discordo - Justificativa : \_\_\_\_\_

Aprovação do chefe Imediato

Data \_\_\_\_\_

Nome Completo \_\_\_\_\_

Cargo \_\_\_\_\_

Deferimento do(a) Secretário(a)

Defiro  Indefiro - Justificativa \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Nome Completo \_\_\_\_\_