



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

Dados do solicitante:		
Vínculo: <input type="checkbox"/> Efetivo <input type="checkbox"/> Contratado <input type="checkbox"/> Comissionado <input type="checkbox"/> Visitante		
Nome:	CPF:	Data Admissão:
Nome Cargo:	Cargo:	Telefone:
Gerência:		
Demanda apresentada		
<input type="checkbox"/> Certidão de Contagem de Tempo		
<input type="checkbox"/> Vale-transporte	<input type="checkbox"/> 1º Cartão	Número do cartão:
<input type="checkbox"/> Atendimento Específico – Gerências		
<input type="checkbox"/> Esclarecimento sobre o Contracheque		
<input type="checkbox"/> Licença Sem Vencimento – Período de a (Prazo máximo de 02 anos)		
<input type="checkbox"/> Licença por motivo de doença em pessoa da Família – Período de a (Nos termos da Instrução Normativa SMA 01/2018)		
<input type="checkbox"/> Redução da Jornada de Trabalho (Caso especial) – Motivo		
<input type="checkbox"/> Afastamento	(Comprovação)	
<input type="checkbox"/> Antecipação 13º	Data de Nascimento:	<input type="checkbox"/> 100% <input type="checkbox"/> 50%
<input type="checkbox"/> Outros. Especificar		
Fundamentação:		
Dados Adicionais - Documentos Anexos:		
Data:		
Gerência da Folha de Pagamento:		
<input type="checkbox"/> Tem direito <input type="checkbox"/> Não tem direito - Justificativa:		
Aprovação da Gerência da Folha de Pagamento		
Data	Nome Completo	Cargo
Chefe Imediato:		
<input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Discordo - Justificativa :		
Aprovação do chefe Imediato		
Data	Nome Completo	Cargo
Deferimento do(a) Secretário(a)		
<input type="checkbox"/> Defiro <input type="checkbox"/> Indefiro - Justificativa		
Data	Nome Completo	