



SEI nº25019.

Data ____/____/____

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Superintendência Estadual em Pernambuco
Serviço de Gestão de Pessoas

REQUERIMENTO PARA ASSUNTOS DIVERSOS

Situação

☐ Ativo☐ Aposentado☐ Pensionista☐ Outros

Nome:

SIAPE (matrícula)

CPF(do requerente)

RG(do requerente)

Instituidor (nome do falecido, se for o caso)

Filiação (nome do pai do(a) requerente)

Filiação (nome do mãe do(a) requerente)

Endereço (completo)

E-mail (necessário)

Telefone(fixo)

Telefone Celular

Telefone (contato)

Requer:

- ☐ ABONO DE PERMANÊNCIA
- ☐ ADICIONAL DE INSALUBRIDADE (necessário anexar LTCAT)
- ☐ AFASTAMENTO PARA CONCORRER A CARGO ELETIVO
- ☐ ALTERAÇÃO DE FUNDAMENTO LEGAL DE APOSENTADORIA
- ☐ ALTERAÇÃO DO Nº DE DEPENDENTES NO IMPOSTO DE RENDA(contracheque)
- ☐ ALVARÁ JUDICIAL
- ☐ CONCESSÃO DE LICENÇA-PRÊMIO
- ☐ CÓPIA DA PORTARIA DE APOSENTADORIA
- ☐ DECLARAÇÃO DE DEPENDENTES (servidor falecido)
- ☐ DECLARAÇÃO DE PENSIONISTA
- ☐ DECLARAÇÃO DE QUE É SERVIDOR DO MINISTÉRIO DA SAÚDE
- ☐ FICHA FINANCEIRA
- ☐ JUNTA MÉDICA PARA FINS DE ISENÇÃO DE IMPOSTO DE RENDA
- ☐ JUNTA MÉDICA PARA FINS DE PENSÃO POR MORTE
- ☐ MUDANÇA DE BANCO, AGÊNCIA E CONTA CORRENTE (necessário anexar comprovante)
- ☐ MUDANÇA DE ENDEREÇO(necessário anexar comprovante)
- ☐ PENSÃO ALIMENTÍCIA
- ☐ REVISÃO DE APOSENTADORIA
- ☐ SEGUNDA VIA DE CONTRACHEQUE
- ☐ TEMPO DE SERVIÇO INSALUBRE
- ☐ TRANSFORMAÇÃO DA LICENÇA-PRÊMIO PARA APOSENTADORIA
- ☐ TRANSFORMAÇÃO DA LICENÇA-PRÊMIO PARA USUFRUTO
- ☐ OUTROS ASSUNTOS - ESPECIFICAR

Recife, ____/____/____

Assinatura