

		GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL FUNDAÇÃO SERVIÇOS DE SAÚDE DE MS GERÊNCIA DE GESTÃO DE PESSOAS		REQUERIMENTO	
DADOS PESSOAIS / FUNCIONAIS	NOME:			MATRÍCULA:	
	NOME SOCIAL:				
	ENDEREÇO:			TELEFONE:	
	DATA DE ADMISSÃO		SEXO:	ESTADO CIVIL:	CPF:
	CARGO:				
	QUADRO:		UNIDADE DE EXERCÍCIO:		
	MUNICÍPIO: CAMPO GRANDE MS		SECRETARIA:		
	SETOR:			EMAIL:	
☐ ATIVO		☐ EX – SERVIDOR		☐ NOMEADO PARA CARGO	
VEM REQUERER					
☐ ATUALIZAÇÃO CADASTRAL ☐ ALTERAÇÃO DE CARGA HORÁRIA ☐ AUXÍLIO MORADIA ☐ AUXÍLIO FUNERAL ☐ CRACHÁ ☐ CEDÊNCIA ☐ CÓPIA DE DOCUMENTOS ☐ FÉRIAS ☐ FOLGA BRIGADISTA ☐ FOLGA ELEITORAL/LEVANTAMENTO ☐ HORÁRIO ESPECIAL - FILHO ☐ HORARIO ESPECIAL PARA ESTUDO ☐ LICENÇA PARA ACOMPANHAR CÔNJUGE			☐ LICENÇA TIP ☐ MUDANÇA DE LETRA ☐ PROR. LICENÇA MATERNIDADE ☐ PPP ☐ PARECER CONCLUSIVO ☐ REVISÃO DE PLANTÃO EXTRA ☐ REVISÃO PLANTÃO HOSPITALAR ☐ REVOGAÇÃO ☐ RECONDUÇÃO DE VACANCIA ☐ MANDATO CLASSISTA ☐ VACÂNCIA ☐ OUTROS ☐ DECLARAÇÃO _____		
MOTIVO:					
DOCUMENTOS EM ANEXO ☐ NÃO ☐ SIM					

Em ____/____/____

Assinatura do (a) Servidor (a)