Processo n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Rubrica: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fls. \_\_\_

Processo n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Rubrica: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fls. 02

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO GRANDE**Secretaria Municipal de Gestão | **REQUERIMENTO DE** **SALÁRIO-FAMÍLIA - Contratação** |

Senhor(a) Secretário(a) Municipal de Gestão

|  |  |
| --- | --- |
| Nome:  | Matrícula/Vínculo:  |
| Nome Social:  | Fone:  |
| Endereço:  | Nº | Recado: |
| Bairro:  |
| Cargo:  | Referência/Classe/Nível: |
| Quadro:  | Regime Jurídico: |
| Unidade de lotação:  |
| Órgão/Entidade:  |

 Requer a V. Sa. Autorização para o pagamento de **\_\_\_\_** cota(s) de Salário-Família para o(s) dependente(s) abaixo mencionados:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Dependente(s)** | **Parentesco** | **Data de nascimento** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Nestes termos, pede o deferimento.

Campo Grande/MS, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| Assinatura do(a) Requerente |

Ratificamos os dados acima citados:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Gerente da GAP/SEMED |  | Chefe da DDF/GAP/SEMED |

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS:

* REQUER PRÓPRIO DEVIDAMENTE PREENCHIDO;
* CÓPIA DA CERTIDÃO DE NASCIMENTO (CARIMBAR CONFERE COM O ORIGINAL NA UNIDADE DE LOTAÇÃO);
* CÓPIA DO RG E CPF DO DEPENDENTE (CARIMBAR CONFERE COM O ORIGINAL NA UNIDADE DE LOTAÇÃO);
* CÓPIA DA CARTEIRA DE VACINAÇÃO – PÁGINA(S) QUE CONTENHA(M) A IDENTIFICAÇÃO DO DEPENDENTE E PÁGINA(S) QUE COMPROVE(M) A VACINAÇÃO (CARIMBAR CONFERE COM O ORIGINAL NA UNIDADE DE LOTAÇÃO);
* COMPROVANTE DE FREQUÊNCIA ESCOLAR;
* COMPROVANTE DE INVALIDEZ POR DEPENDENTE - MAIOR DE 14 ANOS;
* ÚLTIMO CONTRACHEQUE.