**REQUERIMENTO**

Nome:

Nº Funcional: Telefone celular:

somente números somente números

Cargo:

Localização:

**ABONO -** Dia:

dd/MM/aaaa

Obs.:

**RETORNO DE FÉRIAS -** Dia:

dd/MM/aaaa

Obs.:

**RETORNO DE LICENÇA -** Dia:

dd/MM/aaaa

Obs.:

**DOAÇÃO DE SANGUE -** Dia:       (anexar documento emitido pelo local de doação)

dd/MM/aaaa

Obs.:

**LICENÇA PATERNIDADE** (20 dias consecutivos a contar do nascimento/adoção – anexar certidão de nascimento/adoção)

Início:       Fim:

dd/MM/aaaa dd/MM/aaaa

Obs.:

**CASAMENTO** (08 dias consecutivos a contar da data do casamento – anexar certidão de casamento)

Início:       Fim:

dd/MM/aaaa dd/MM/aaaa

Obs.:

**FALECIMENTO DE FAMILIAR** (05 dias consecutivos a contar da data do falecimento do cônjuge, companheiro, pais, filhos e irmãos – anexar certidão de óbito)

Início:       Fim:

dd/MM/aaaa dd/MM/aaaa

Obs.: