



GOVERNO DO ESTADO DO AMAPÁ  
SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO  
COORDENADORIA ADMINISTRATIVA  
UNIDADE DE CONTROLE ADMINISTRATIVO

PROTOCOLO GERAL/SEED

Nº \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

DATA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA

## REQUERIMENTO

NOME: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

MATRICULA/SIAPE: \_\_\_\_\_

Quadro: ( ) Federal ( ) Estadual

( ) C. Adm. ( ) S. Vínculo

DATA DE ADMISSÃO: \_\_\_\_\_

CARGO: \_\_\_\_\_

REFERÊNCIA: \_\_\_\_\_

LOCAL DE TRABALHO: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO PARA CONTATO:

RUA/AV: \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_

BAIRRO: \_\_\_\_\_ TELEFONE: \_\_\_\_\_

Vem com o devido respeito requerer, conforme documentação anexa:

- |                                                                                                           |                                                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Alteração de nome                                                                | <input type="checkbox"/> Gratificação Ensino Especial            |
| <input type="checkbox"/> Antecipação de férias para _____                                                 | <input type="checkbox"/> Inclusão de dependentes                 |
| <input type="checkbox"/> Averbação de tempo de serviço                                                    | <input type="checkbox"/> Informação/Contagem de tempo de serviço |
| <input type="checkbox"/> Carga horária: redução <input type="checkbox"/> aumento <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Interiorização                          |
| <input type="checkbox"/> Cópia do processo nº _____                                                       | <input type="checkbox"/> Licença sem vencimento                  |
| <input type="checkbox"/> Declaração _____                                                                 | <input type="checkbox"/> Quintos                                 |
| <input type="checkbox"/> Exoneração de cargo comissionado                                                 | <input type="checkbox"/> Ressarcimento de faltas                 |
| <input type="checkbox"/> Exoneração de cargo efetivo                                                      | <input type="checkbox"/> Regência de classe                      |
| <input type="checkbox"/> Férias de cargo comissionado                                                     | <input type="checkbox"/> Outros _____                            |
| <input type="checkbox"/> Ficha financeira (mencionar período) _____                                       | _____                                                            |

Observações \_\_\_\_\_

Nestes Termos  
Pede e aguarda Deferimento

Macapá/AP \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do (a) requerente  
Av. FAB, nº 96 – Bairro Central  
Telefone: (96) 3131-2201/3131-2259  
Site: www.seed.ap.gov.br