

	DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE MINAS GERAIS SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO DE PESSOAS E SAÚDE OCUPACIONAL	REQUERIMENTO

Nome:		MADEP/MASP:	
Endereço:		Bairro:	
Cidade:	UF:	CEP:	Telefone: ()

SITUAÇÃO FUNCIONAL		
Lotação / Unidade de Exercício:		
Cargo:		Código / Símbolo / Nível / Grau:
<input type="checkbox"/> Efetivo <input type="checkbox"/> Em exercício <input type="checkbox"/> Aposentado	<input type="checkbox"/> Comissão <input type="checkbox"/> Em Exercício <input type="checkbox"/> Apostilado	<input type="checkbox"/> Função Pública <input type="checkbox"/> Estável <input type="checkbox"/> Não Estável

REQUERIMENTO NA FORMA DA LEI	
------------------------------	--

<input type="checkbox"/> Averbação de Tempo de Serviço Certidão de Tempo Para Averbar <input type="checkbox"/> INSS <input type="checkbox"/> TJMG <input type="checkbox"/> MPMG <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____

<input type="checkbox"/> Certidão para Fins de Direito _____ _____ _____

<input type="checkbox"/> Declaração _____ _____ _____
--

<input type="checkbox"/> Licença <input type="checkbox"/> Motivo de casamento (Preencher Requerimento de Alteração de Dados) <input type="checkbox"/> Acompanhar Cônjuge <input type="checkbox"/> Motivo de Doença em Pessoa da Família <input type="checkbox"/> Motivo de luto <input type="checkbox"/> Serviço Militar

<input type="checkbox"/> Renúncia de Aposentadoria
--

<input type="checkbox"/> Reversão

<input type="checkbox"/> Revisão de Proventos

<input type="checkbox"/> Senha do Sistema Casa
--

<input type="checkbox"/> Situação do Processo de Aposentadoria
--

<input type="checkbox"/> Original do Título de Aposentadoria
--

<input type="checkbox"/> Outros _____ _____ _____
--

Nestes termos, pede deferimento: Data ____ / ____ / ____ _____ <p style="text-align: center;">Assinatura</p>

PARA USO EXCLUSIVO DA SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO DE PESSOAS E SAÚDE OCUPACIONAL		
DATA DA ALTERAÇÃO: ____ / ____ / ____	ASSINATURA/CARIMBO DO RESPONSÁVEL PELA ALTERAÇÃO:	MASP/MATR: