



1 REQUERIMENTO

EU _____ BM _____
LOTADO(A) NO _____, RESIDENTE A
RUA / AV. _____, BAIRRO _____
MUNICÍPIO DE _____, CEP _____

VENHO REQUERER **LICENÇA SEM REMUNERAÇÃO PARA TRATAR DE INTERESSES PARTICULARES** NOS TERMOS DO ART. 158 DA LEI N.º 7.169/96 C/C DECRETO N.º 9.371/96 E SUAS ALTERAÇÕES OU NOS TERMOS DO ART. 102 DA LEI N.º 9.319 / 07 - ESTATUTO DA GUARDA MUNICIPAL, CONFORME POSSIBILITAM - ME AS INFORMAÇÕES ABAIXO.

TERMO DE COMPROMISSO

DECLARO QUE ESTOU CIENTE DE QUE DEVO AGUARDAR EM EXERCÍCIO A PUBLICAÇÃO DO PROCESSO E QUE A MINHA LIBERAÇÃO PARA GOZO DE LICENÇA PARA TRATAR DE INTERESSES PARTICULARES ESTÁ CONDICIONADA AO PAGAMENTO DA MINHA PARTE DA CONTRIBUIÇÃO PREVIDENCIÁRIA, NOS TERMOS DO ART. 22 DA LEI Nº 10.362/2011, QUE DEVEREI COMPROVAR TRIMESTRALMENTE O SEU PAGAMENTO POR MEIO DO ENVIO DOS COMPROVANTES PARA A SUPREV E QUE O NÃO PAGAMENTO ENSEJARÁ O CANCELAMENTO DA MINHA LICENÇA.

ESTOU CIENTE AINDA DE QUE, CASO TENHA RETORNADO AO ÓRGÃO DE ORIGEM PARA FINS DE REQUERIMENTO DESTA LICENÇA, O INDEFERIMENTO NÃO IMPLICA NO MEU RETORNO AO ÓRGÃO CESSIONÁRIO.

DECLARO ESTAR CIENTE DE QUE SE POSSUIR PLANO DE SAÚDE PELA PBH E SE TRATANDO DE LICENÇA SEM VENCIMENTO, PODEREI PERMANECER COM O PLANO, PORÉM ASSUMIREI AS DESPESAS INTEGRALMENTE, SEM APLICAÇÃO DE SUBSÍDIOS, E COM PAGAMENTO ATRAVÉS DE BOLETO BANCÁRIO A SER ENCAMINHADO PARA O MEU ENDEREÇO RESIDENCIAL. CASO OPTE POR NÃO PERMANECER NO PLANO DE SAÚDE, DEVO SOLICITAR MINHA EXCLUSÃO NA CENTRAL DE ATENDIMENTO DO PLANO DE SAÚDE (RUA PERNAMBUCO, 1070 - SALA 118 - FUNCIONÁRIOS - BELO HORIZONTE - MG).

VENHO REQUERER **PRORROGAÇÃO DA LICENÇA SEM VENCIMENTO PARA TRATAR DE INTERESSES PARTICULARES**.

TERMO DE COMPROMISSO

ESTOU CIENTE QUE A PRORROGAÇÃO DA LICENÇA SEM VENCIMENTO PARA TRATAR DE INTERESSES PARTICULARES SERÁ DE 1(UM) ANO. CASO A PRORROGAÇÃO SEJA INDEFERIDA, DEVEREI APRESENTAR-ME IMEDIATAMENTE À SUBSECRETARIA DE GESTÃO DE PESSOAS PARA RETORNAR ÀS ATIVIDADES DO CARGO.

DECLARO ESTAR CIENTE DE QUE SE POSSUIR PLANO DE SAÚDE PELA PBH E SE TRATANDO DE LICENÇA SEM VENCIMENTO, PODEREI PERMANECER COM O PLANO, PORÉM ASSUMIREI AS DESPESAS INTEGRALMENTE, SEM APLICAÇÃO DE SUBSÍDIOS, E COM PAGAMENTO ATRAVÉS DE BOLETO BANCÁRIO A SER ENCAMINHADO PARA O MEU ENDEREÇO RESIDENCIAL. CASO OPTE POR NÃO PERMANECER NO PLANO DE SAÚDE, DEVO SOLICITAR MINHA EXCLUSÃO NA CENTRAL DE ATENDIMENTO DO PLANO DE SAÚDE (RUA PERNAMBUCO, 1070 - SALA 118 - FUNCIONÁRIOS - BELO HORIZONTE - MG).

ARHRP - 00604029 - E / 1

DATA

ASSINATURA DO(A) SERVIDOR(A)