



**UNIVERSIDADE FEDERAL  
DE SANTA CATARINA**

**Pró-Reitoria de Desenvolvimento e  
Gestão de Pessoas (PRODEGESP)  
Departamento de Administração de Pessoal (DAP)  
Divisão de Benefícios e Licenças (DBL)**

Campus Prof. João David Ferreira Lima – CEP 88040-900  
Trindade - Florianópolis - Santa Catarina - Brasil | [www.prodegesp.ufsc.br](http://www.prodegesp.ufsc.br) | +55 (48) 3721-9294

**SR.(A) DIRETOR(A) DO DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO DE PESSOAL (DAP)**

\_\_\_\_\_(nome),  
CPF \_\_\_\_\_, ocupante do cargo de  
\_\_\_\_\_, matrículas \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ lotado(a)  
no \_\_\_\_\_, vem requerer, de acordo com a  
Medida Provisória nº. 2.174-28, de 24 de Agosto de 2001, concessão de **LICENÇA  
INCENTIVADA SEM REMUNERAÇÃO**, a partir de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Estou ciente de que devo aguardar em exercício a autorização da licença.

Nestes termos

Pede deferimento.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
*Assinatura do Requerente*

Fone(s) p/ contato: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ / (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**Após protocolado encaminhar para DBL/DAP**



# UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Pró-Reitoria de Desenvolvimento e  
Gestão de Pessoas (PRODEGESP)  
Departamento de Administração de Pessoal (DAP)  
Divisão de Benefícios e Licenças (DBL)

Campus Prof. João David Ferreira Lima – CEP 88040-900  
Trindade - Florianópolis - Santa Catarina - Brasil | [www.prodegesp.ufsc.br](http://www.prodegesp.ufsc.br) | +55 (48) 3721-9294

## TERMO DE OPÇÃO DE CONTRIBUIÇÃO PSS

Em atenção à Orientação Normativa nº 03 de 13/11/2002, que visa esclarecer o estabelecido na Medida Provisória nº 71 de 03/10/2002 e por força do que preceitua os parágrafos 2º, 3º e 4º do Artigo 3º da Lei nº 10.667, publicada no DOU de 15/05/2003, referente à contribuição do Plano de Seguridade Social – PSS, o(a) servidor(a) \_\_\_\_\_,  
Matrícula                    SIAPE                    nº                    \_\_\_\_\_,                    lotado(a)                    no(a)  
\_\_\_\_\_, assina o referido termo de acordo com a  
opção abaixo assinalada:

- (   ) Não pretendo contribuir com o PSS.
- (   ) Pretendo contribuir com o PSS e me comprometo em apresentar cópia do pagamento efetuado **mensalmente**.

---

Local e Data

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Servidor

### Dados para contato:

Endereço:

---

---

---

Telefone: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_