



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 | +55 (48) 3721-9294

REQUERIMENTO

LICENÇA POR MOTIVO DE AFASTAMENTO DO(A) CÔNJUGE OU COMPANHEIRO(A)

Encaminhar via
PROCESSO
DIGITAL NO SPA

SETOR RESPONSÁVEL: DBL/DAP

GRUPO DE ASSUNTO: 172 (Licença)

ASSUNTO: 636 (Licença sem Remuneração)

Servidor(a): _____ CPF: _____ Matrícula SIAPE: _____

Lotação / Localização: _____ Cargo: _____ Ramal: _____

E-mail (servidor): _____ Fone (DDD/Nº): (____) - _____ ou _____

Chefia imediata: _____ E-mail (chefia imediata): _____

Solicito concessão de LICENÇA POR MOTIVO DE AFASTAMENTO DO(A) CÔNJUGE OU COMPANHEIRO(A), a partir de ____/____/____, nos termos do Art. 84 da Lei nº 8.112/90, declarando ter ciência de que esta licença terminará na mesma data em que meu (minha) cônjuge retorne as suas atividades.

Florianópolis, _____

Assinatura do Requerente

Assinatura da Chefia Imediata

DOCUMENTAÇÃO ANEXA:

Certidão de casamento ou declaração de união estável firmada em cartório, ambos com data anterior ao deslocamento;

Ato que determinou o deslocamento do cônjuge ou companheiro; ou

Diploma de mandato eletivo dos poderes Executivo ou legislativo expedido pelo Tribunal Superior Eleitoral ou outro documento oficial.

TERMO DE OPÇÃO DE CONTRIBUIÇÃO DO 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.

Florianópolis,

.

Assinatura e carimbo do(a) servidor(a) requerente

Assinatura e carimbo da chefia imediata