



REQUERIMENTO PARA CONCESSÃO DO VALE FARMÁCIA

DADOS DO SERVIDOR

Nome

Registro Funcional

Telefone para contato

☐ Estatutário Efetivo

☐ Estatutário Temporário

☐ CLT Estável

☐ CLT Não Estável

☐ Frente de Trabalho

Secretaria

Local de Trabalho

Cargo ou Emprego

Data do Exercício

____ / ____ / ____

Carga Horária Semanal

Venho por meio deste instrumento, solicitar ao Órgão Central de Recursos Humanos a concessão do

☐ Vale Farmácia nos termos do Art. 103, 3º Incisos, do Decreto Municipal nº 6.465, de 27/08/03.

Declaro ainda que, não havendo mais interesse na manutenção deste benefício, comprometo-me a comunicar ao Órgão Central de Recursos Humanos por escrito.

Mauá, ____ / ____ / ____

Assinatura

PARECER DO ÓRGÃO CENTRAL DE RECURSOS HUMANOS

☐ Deliberamos pelo deferimento ao requerido, uma vez que o(a) servidor(a) não ultrapassou o limite total de comprometimento de seus vencimentos, conforme determina Art. 103 do Decreto Municipal nº 6.465, de 27/08/03.

☐ Deliberamos pelo indeferimento ao requerido uma vez que o(a) servidor(a) já comprometeu o limite máximo de 30% de seu vencimento base para o uso de consignação facultativa, conforme disposto no Art. 105, do Decreto Municipal nº 6.465, de 27/08/03.

Mauá, ____ / ____ / ____

Assinatura do Servidor do Órgão Central de Recursos Humanos