



REVISÃO DE ENQUADRAMENTO

ORGÃO:

SERVIDOR/EMPREGADO

NOME:		MATRICULA:
ENDEREÇO:	MUNICIPIO:	TELEFONE:
CARGO / FUNÇÃO/EMPREGO:	CARGA HORÁRIA:	CELULAR:
ÓRGÃO DE ORIGEM:		

Ambiente de Especialidade no qual está inserido

☐ Médicos	☐ GMF	☐ Saúde	☐ Saúde / IJF	☐ Educação	☐ Gestão Pública	☐ Gestão Previdenciária e Saúde do servidor (IPM)
☐ TAAF (SEFIN)	☐ Gestão de Trânsito e Energia (AMC)	☐ Médicos IJF	☐ Fiscalização	☐ Limpeza e Urbanização (EMLURB)	☐ Metrologia Legal e Avaliação de Conformidade (IPEM)	

REQUER AO:

SECRETÁRIO MUNICIPAL DE PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO- SEPOG

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS

☐ RG	☐ CPF	☐ Último Extrato de Pagamento
☐ Extrato de Pagamento do mês de dezembro/2007: PCCS Gestão de Trânsito e Energia (AMC)	☐ Extrato de Pagamento do mês de abril/2007: PCCS Educação, Saúde, IJF, Gestão Pública, Limpeza e Urbanização, TAAF e IPEM	☐ Extrato de Pagamento do mês de setembro/2007: PCCS Gestão Previdenciária e Saúde do servidor (IPM)
☐ Extrato de Pagamento do mês de novembro/2007: PCCS Médicos, Médico IJF e Fiscalização	☐	☐

Recebemos processo no dia ____/____/____ com a documentação necessária determinada acima.

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO DO PROCESSO

INFORMACOES COMPLEMENTARES

Fortaleza, ____ de _____ de _____

ASSINATURA DO REQUERENTE