



GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ
POLÍCIA CIVIL



Exmo(a). Sr(a).: _____

IDENTIFICAÇÃO: (*itens de preenchimento obrigatório)

Nome Completo*: PAULO ROBERTO DO CARMO BRAGA
Endereço*: RUA BRAVENTURA DA SILVA 180
Bairro*: REDUTO Município*: BELEM CEP: 66053-050 WhatsApp*: 91980696190
Cargo / Função*: IDC Matrícula*: 57233689 Lotação: NIP
E-mail*: PAULO.BRAGA@POLICIACIVIL.PA.GOV.BR

SOLICITAÇÃO:

Vem requerer que lhe seja concedido:

- | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> VACÂNCIA: <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> PECÚNIA<input type="checkbox"/> AUXÍLIO MORTE<input type="checkbox"/> AUXÍLIO FUNERAL<input type="checkbox"/> VERBAS RESCISÓRIAS (13º E FÉRIAS)<input type="checkbox"/> HISTÓRICO FUNCIONAL E FINANCEIRO | <input type="checkbox"/> AUXÍLIO NATALIDADE |
| <input type="checkbox"/> APERFEIÇOAMENTO: <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> ADICIONAL DE CURSO<input type="checkbox"/> COMPLEMENTAÇÃO PECUNIÁRIA | <input type="checkbox"/> LICENÇA P/ INTERESSE PARTICULAR |
| <input checked="" type="checkbox"/> TEMPO DE SERVIÇO: <ul style="list-style-type: none"><input checked="" type="checkbox"/> CERTIDÃO DE TEMPO DE SERVIÇO<input checked="" type="checkbox"/> DECLARAÇÃO DE TEMPO DE SERVIÇO<input type="checkbox"/> AVERBAÇÃO DE TEMPO DE SERVIÇO<input type="checkbox"/> DECLARAÇÃO DE VÍNCULO ATIVO | <input type="checkbox"/> LICENÇA P/ ACOMPANHAR CÔNJUGE |
| <input type="checkbox"/> EXONERAÇÃO: <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> EFETIVO<input type="checkbox"/> COMISSIONADO<input type="checkbox"/> DISTRATO | <input type="checkbox"/> LICENÇA P/ TRATAMENTO DE SAÚDE |
| <input type="checkbox"/> FÉRIAS: <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA DE GOZO<input type="checkbox"/> PLANO DE FÉRIAS | <input type="checkbox"/> LICENÇA MATERNIDADE/PATERNIDADE |
| | <input type="checkbox"/> LICENÇA PRÊMIO

(especificar o período) |
| | <input type="checkbox"/> OUTROS |

Justificar a solicitação: SOLICITO AS REFERIDAS DOCUMENTAÇÕES PARA
AVERBAÇÃO DE TEMPO DE SERVIÇO EM ORÇÃO PÚBLICO

Conforme dispõe a Lei nº 8.972/2020, artigo 35, §4º, o Requerente fica ciente que as intimações para ciência de decisão ou efetivação de diligências serão realizadas, preferencialmente, por meio eletrônico (WhatsApp, e-mail ou PAE).

Em 29 / 05 / 2025

(Assinatura do Requerente)