

**MINISTÉRIO DA SAÚDE**

Secretaria Executiva

Superintendência Estadual do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro

Coordenação de Administração / Serviço de Gestão de Pessoas

**REQUERIMENTO DE PRORROGAÇÃO DA LICENÇA GESTANTE / ADOTANTE**

Nome:	<input type="text"/>	SIAPE:	<input type="text"/>		
Cargo:	<input type="text"/>	Lotação:	<input type="text"/>		
RG:	<input type="text"/>	Órgão Expedidor:	<input type="text"/>	CPF:	<input type="text"/>
Endereço:	<input type="text"/>			Nº:	<input type="text"/>
Complemento:	<input type="text"/>	Bairro:	<input type="text"/>		
Cidade:	<input type="text"/>	CEP:	<input type="text"/>	UF:	<input type="text"/>
Telefones:	<input type="text"/>	Email:	<input type="text"/>		

Requer Conforme o Decreto nº 6690 de 11/12/2008 – DOU nº 242 de 12/12/2008:

 Prorrogação de licença  
GESTANTE.Data do Parto:  Prorrogação de licença ADOTANTE.Idade da Criança: Data da Adoção ou Guarda Judicial: **Termo de Ciência** Ciente:

Estou ciente de que no período da prorrogação da licença maternidade e/ou adotante **não poderei exercer qualquer atividade remunerada e manter a criança em creche**, ou qualquer organização similar, **sob pena de perda do direito à prorrogação**, de acordo com o disposto no art. 3º do Decreto 6.690/2008.

Nestes termos, pede deferimento.

Rio de Janeiro, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ .

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