PREFEITURA MUNICIPAL DE HORTOLÂNDIA
SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO E GESTÃO DE PESSOAL

REQUERIMENTO DE AUXÍLIO MATERNIDADE RGPS

NOME:	
MATRICULA:	IDADE:
CARGO:	ESPECIALIDADE:
SECRETARIA:	UNIDADE:
EMAIL:	TELEFONE CELULAR: ( ) RES: ( )
ENDEREÇO:	
BAIRRO:	CIDADE:
REGIME DE TRABALHO: ☐ CLT	☐ Estatutária ocupante de cargo em comissão
Requeiro na forma do art. 144- A da Lei 2004/2008 a licença à gestante conforme dados deste requerimento	
DATA DO INÍCIO DO BENEFÍCIO: _____/_____/_____ DATA DO RETORNO AO TRABALHO: _____/_____/_____	ASSINATURA DA CHEFIA IMEDIATA:

Declaro, para os devidos fins, que estou ciente dos meus direitos conforme o regime de contrato de trabalho, sendo: ***120 dias*** de **auxílio** maternidade prorrogáveis por mais ***60 dias*** (total: ***180 dias***).
Confirmo ainda que, fui informada da necessidade de comparecimento para exame de retorno conforme agendamento na Divisão de Saúde Ocupacional, no término do período de afastamento, conforme previsto no Art. 161, § IV, da Lei 2004/2008, referente às servidoras estatutárias e Item 7.4.3.3, da NR7, que rege às demais trabalhadoras.
Comprometo-me a entregar, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, a contar da data de nascimento da criança, a certidão de nascimento no Departamento de Gestão de Pessoal para atualização cadastral.

Ciente:_____ Data: _____/_____/_____
Assinatura da Servidora

Documentação necessária para solicitação da Licença Maternidade RGPS(cópias)

- RG e CPF
- Atestado médico
- Requerimento de Licença Maternidade devidamente preenchido e assinado
- Certidão de nascimento (quando a criança já houver nascido)

DIVISÃO DE SAÚDE OCUPACIONAL E SEGURANÇA DO TRABALHO
Rua: Vanderlei Costa Camargo, 58, Vila São Francisco, CEP: 13184-221
Telefones (19) 3865-7314 / 3865-7315 / 3865-7319
e-mail: dso.smgp@hortolandia.sp.gov.br