|  |
| --- |
| **REDISTRIBUIÇÃO PARA OUTRO ÓRGÃO** |

V.22.01.20

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| SERVIDOR: |  | SIAPE: |  |
| CARGO: |  | | |
| LOTAÇÃO: |  | | |

Redistribuído a partir da publicação da PORTARIA nº       publicada em    /    /     , estando ciente que deverá quitar os débitos porventura existentes nesta instituição.

|  |  |
| --- | --- |
| ORGÃO DE DESTINO: |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Data:    /    / |  |  |
|  | Assinatura do servidor |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ciente. |  |  |
|  |  |  |
| Data:    /    / |  |  |
|  | Assinatura e carimbo do superior imediato |  |

PROCEDIMENTO:

1- Preencher e assinar o formulário

2- Anexar o Formulário de Quitação de Débitos

3- Anexar a Folha de Freqüência do mês (Técnico-Administrativo)

4- Entregar o formulário na SUGEPE/SIMP – Seção de Ingresso e Movimentação de Pessoal (Bloco A - Torre 1 - 2° andar) até a véspera do desligamento.

PREVISÃO LEGAL: Art. 37 da Lei nº 8.112/1990.

|  |
| --- |
| **QUITAÇÃO DE DÉBITOS PARA DESLIGAMENTO**  "É responsabilidade do servidor colher as assinaturas para comprovar a não existência de débitos." |

v.12.11.2019

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| SERVIDOR: |  | SIAPE: |  |
| CARGO: |  | CPF: |  |
| LOTAÇÃO: |  | | |

|  |  |
| --- | --- |
| DATA DO DESLIGAMENTO: | /    / |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CENTRO DE LOTAÇÃO (CCNH, CECS ou CMCC) - SOMENTE PARA DOCENTES** | | |
| *Informamos que o docente desocupou seu gabinete e devolveu todas as chaves sob sua responsabilidade.* | | |
|  |  |  |
| Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_ | Assinatura / Carimbo do responsável da área |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **BIBLIOTECA -** Bloco C | | |
| *Informamos que o servidor não possui itens do acervo sob sua responsabilidade.* | | |
|  |  |  |
| Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_ | Assinatura / Carimbo do responsável da área |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CORREGEDORIA-SECCIONAL -** Bloco A (subsolo) | | |
| *Informamos que o servidor não está respondendo à PAD e/ou Sindicância.* | | |
|  |  |  |
| Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_ | Assinatura / Carimbo do responsável da área |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NÚCLEO DE TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO -** Bloco A (subsolo) | | |
| *Informamos que o servidor não possui equipamentos sob sua responsabilidade temporária.* | | |
|  |  |  |
| Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_ | Assinatura / Carimbo do responsável da área |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **SUGEPE – SEÇÃO DE ENGENHARIA DE SEGURANÇA NO TRABALHO (SEST) -** Bloco A (subsolo) | | |
| *Informamos que o servidor não possui equipamentos de segurança sob sua responsabilidade.* | | |
|  |  |  |
| Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_ | Assinatura / Carimbo do responsável da área |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **PROAD – COORD. SUPRIM. E AQUISIÇÕES (CGSA): DIVISÃO DE PATRIMÔNIO -** Bloco A (Torre 1 – 2º andar) | | |
| *Informamos que o servidor não possui carga patrimonial sob sua responsabilidade.* | | |
|  |  |  |
| Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_ | Assinatura / Carimbo do responsável da área |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **PROAD – COORDENAÇÃO-GERAL DE FINANÇAS E CONTABILIDADE (CGFC) -** Bloco A (Torre 1 – 2º andar) | | |
| *Informamos que servidor não possui débitos inscritos na Divida Ativa da União pela UFABC e não possuí Suprimento de Fundos em aberto.* | | |
|  |  |  |
| Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_ | Assinatura / Carimbo do responsável da área |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **SUGEPE – DIVISÃO DE ACOMPANHAMENTO FUNCIONAL (DAF) -** Bloco A (Torre 1 – 2º andar) | | |
| *Informamos que o servidor não possui prestação de contas de diárias pendentes.* | | |
|  |  |  |
| Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_ | Assinatura / Carimbo do responsável da área |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **SUGEPE – DIVISÃO DE PAGAMENTOS E BENEFÍCIOS (DPB) -** Bloco A (Torre 1 – 2º andar) | | |
| *Informamos que o servidor não possui pendência de comprovação de despesas efetuadas para fins de pagamento de auxílio indenizatório a assistência à saúde suplementar.* | | |
|  |  |  |
| Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_ | Assinatura / Carimbo do responsável da área |  |

PROCEDIMENTO:

1- Preencher o formulário

2- Comparecer nos setores discriminados para comprovar a não existência de débitos

3- Anexar à Solicitação de desligamento

|  |
| --- |
| **CHECK LIST DE DESLIGAMENTO**  **REDISTRIBUIÇÃO PARA OUTRO ÓRGÃO** |

V.20.02.20

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| SERVIDOR: |  | SIAPE: |  |
| CARGO: |  | | |
| LOTAÇÃO: |  | | |
| E-MAIL PESSOAL: |  | TELEFONE: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| DATA DA REDISTRIBUIÇÃO: |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Formulário de solicitação de desligamento |
|  | Formulário de quitação de débitos |
|  | Folha de Frequência (servidor técnico-administrativo) |
|  | Devolução de crachá |
|  | Devolução do cartão de estacionamento |
| **OBSERVAÇÕES:** | |
|  | |
|  | |
|  | |