

PAGAMENTO DE SUBSTITUIÇÃO

NOME:	
CPF*:	
LOTAÇÃO:	
ENDEREÇO:	
TELEFONE:	
E-MAIL:	

* Campo obrigatório (§3 do art.2º do Decreto nº9.723, de 11.3.2019, DOU - Seção 1 - 12/3/2019, Página 2

Os documentos devem ser digitalizados e com alta qualidade de visualização e incluídos no Sistema Eletrônico de Informações/SEI.

DOCUMENTOS	OBS.	ENTREGUE ID SEI
Requerimento de substituição. (Deferido pelo Titular da Pasta)	1 via	
Portaria de substituição devidamente publicada no Diário Oficial do Estado.	1 via	
Documentos que comprovem o motivo da substituição - Notificação de Férias, Cópia da Ata Médica e Portarias.	1 via	
Último Contra Cheque.	1 via	
Registro de frequência do Titular e do Substituto do período da substituição. (Digitalização da Original)	1 via	

Responsável pela conferência:
(Assinatura Digital)

Porto Velho, ____ / ____ / ____