

**PORTARIA IPREM 075/2019**

A DIRETORA-PRESIDENTE DO INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA MUNICIPAL DE POUSO ALEGRE - IPREM, no uso de suas atribuições legais e de conformidade com os incisos II, IX e XXII do artigo 73 da Lei 4643/07,

Resolve:

Art. 1º FICA determinado que, para cada requerimento de interesse dos servidores efetivos e comissionados lotados no IPREM, será preenchido o formulário próprio, conforme disposto nesta Portaria.

Art. 2º. Os formulários de que trata o art. 1º integram esta Portaria sob a forma de anexos e destinam-se a requerimento de:

- .autorização para desconto em folha - Anexo I
- .realização de serviços extraordinários (horas extras)-Anexo II
- .requerimento de abono de falta - Anexo III
- .solicitação de férias - Anexo IV
- .diária de Viagem - Anexo V
- .Relatório de viagem - Anexo VI
- .Requisição de passagens aéreas - Anexo VII

Parágrafo único. Se o requerimento não se inserir nos assuntos referidos neste artigo, o pedido deverá ser formulado de próprio punho pelo servidor interessado.

Art. 3º. Os formulários elencados no art. 2º deverão ser protocolados, previamente, no Departamento de Administração, no horário de expediente.

Art. 4º A presente Portaria entra em vigor nesta data.

Registre-se e Publique-se

Pouso Alegre, 3 de maio de 2019.

Fátima Aparecida Belani  
Diretora-Presidente

**ANEXO I**

**AUTORIZAÇÃO DE DESCONTO EM FOLHA DE PAGAMENTO**

Pelo presente instrumento, eu, (nome) - (matr.), (cargo), inscrito no CPF nº (informar), autorizo o Iprem - Instituto de Previdência Municipal de Pouso Alegre a efetuar o desconto em meu salário, através da folha de pagamento, dos valores correspondentes ao convênio médico, caso eu venha me associar e empréstimo consignado que porventura venha a contratar junto à Caixa Econômica Federal ou Banco do Brasil; e demais descontos previstos nas Leis 1042/1971 e 10820/2003.

Quando da minha exoneração, me comprometo a pagar a mensalidade do convênio médico, que não foi descontada na rescisão. No caso do empréstimo consignado, estou ciente de que deverei procurar a agência da Caixa Econômica Federal ou Banco do Brasil para negociar e quitar o saldo das parcelas restantes.

Pouso Alegre, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
(assinatura e nome)



INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA MUNICIPAL DE POUSO ALEGRE  
Pça. João Pinheiro, 229 - Pouso Alegre - MG - Cep 37.550-000  
Tel/Fax.: (35) 3422-9753 / E-mail: adm@iprem.mg.gov.br

**ANEXO II**

**SOLICITAÇÃO DE SERVIÇOS EXTRAORDINÁRIOS**

**Lei n° 1042/71 (Estatuto dos Servidores Públicos Municipais)**

**Requisitante**

DATA DO SERVIÇO EXTRAORDINÁRIO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

HORÁRIO DE INÍCIO: \_\_\_\_\_

SOLICITANTE: \_\_\_\_\_

SETOR: \_\_\_\_\_

JUSTIFICATIVA:

---

---

---

DATA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do Requisitante**

**Autorização**

Consoante disposições do artigo 158 e seus parágrafos, da Lei n° 1042/71 (Estatuto dos Servidores Públicos Municipais), autorizo a realização de serviços extraordinários referidos acima.

\_\_\_\_\_  
**Chefia Imediata**

**INDEFERIDO**

Justificativa:

---

---



INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA MUNICIPAL DE POUSO ALEGRE/MG

INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA MUNICIPAL DE POUSO ALEGRE

Pça. João Pinheiro, 229 - Pouso Alegre - MG - Cep 37.550-000

Tel/Fax.: (35) 3422-9753 / E-mail: adm@iprem.mg.gov.br

**ANEXO III**

**REQUERIMENTO DE ABONO DE FALTA**

**Requisitante**

**NOME:** \_\_\_\_\_ **Matr.:** \_\_\_\_\_

**CARGO:** \_\_\_\_\_ **SETOR:** \_\_\_\_\_

Nos termos dos artigos 75 e 81, XIV, da Lei nº 1.042/1971 - Estatuto dos Servidores Públicos de Pouso Alegre/MG, vem requerer o ABONO de falta(s) no serviço no(s) dia(s) \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_, no(s) período(s) parcial ( ) / integral ( ), pelo(s) motivo(s) abaixo discriminado(s):

---

---

---

DATA: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do  
Requisitante**

**Autorização**

Considerando os motivos alegados e de acordo com a legislação vigente, **JUSTIFICO** a(s) falta(s) do servidor acima identificado, respeitando os limites legais.

\_\_\_\_\_  
**Chefia Imediata**

**INDEFERIDO**

Justificativa:

---

---

---

**VISTO**

Pouso Alegre, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Responsável pelo RH

**OBSERVAÇÃO: O PRESENTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER ENCAMINHADO AO SETOR DE RH, DEVIDAMENTE PREENCHIDO E ASSINADO, IMPRETERIVELMENTE, ATÉ O DIA 20 DE CADA MÊS, SOB PENA DE SER DESCONTADO O DIA, CONFORME PREVÊ A LEGISLAÇÃO VIGENTE.**



INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA MUNICIPAL DE POUSO ALEGRE/MG

INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA MUNICIPAL DE POUSO ALEGRE

Pça. João Pinheiro, 229 - Pouso Alegre - MG - Cep 37.550-000

Tel/Fax.: (35) 3422-9753 / E-mail: adm@iprem.mg.gov.br

**ANEXO IV**

**REQUERIMENTO DE FÉRIAS**

**Lei nº 1.042/1971 - Art. 97**

O(A) servidor(a) signatário(a) deste vem, com base nos termos do Art. 97 e seguintes da Lei nº 1042/1971, que dispõe sobre o Estatuto dos Servidores Públicos de Pouso Alegre, e da Lei nº 2791/1994, modificada pela Lei nº 2808/1994, requerer que seja autorizada a as férias referentes ao período aquisitivo de \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ a \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ conforme abaixo:

**Adiantamento de 50% do 13º salário: (    ) SIM (    ) NÃO**

**Pagamento de abono pecuniário (10 dias): (    ) SIM (    ) NÃO**

Período de gozo:

1º período: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ a \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ n° de dias: \_\_\_

2º período: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ a \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ n° de dias: \_\_\_

**Obs: o n° de dias não pode ser inferior a 10 (dez) dias por período (art. 98 da Lei nº 1042/1971).**

Pouso Alegre, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

**Nome:** \_\_\_\_\_ **Cargo:** \_\_\_\_\_ **Matrícula:** \_\_\_\_\_

As informações acima estão de acordo com as anotações deste setor.

Data: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Responsável do RH

\_\_\_\_\_  
Assinatura do requisitante

\_\_\_\_\_  
Assinatura da Chefia Imediata

Deferido: (    ) **Despacho da Presidência** , Indeferido\*: (    )

Data: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Presidência

\* Justificativa: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA MUNICIPAL DE POUSO ALEGRE/MG

INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA MUNICIPAL DE POUSO ALEGRE

Pça. João Pinheiro, 229 - Pouso Alegre - MG - Cep 37.550-000

Tel/Fax.: (35) 3422-9753 / E-mail: adm@iprem.mg.gov.br

**ANEXO V**

**SOLICITAÇÃO PARA CUSTEIO DE VIAGEM FORA DO MUNICÍPIO**

Senhor(a) Diretor(a) Presidente,

O Servidor signatário desta, solicita que seja autorizada a liberação de verba para custeio de viagem à cidade de \_\_\_\_\_.

Motivo da viagem: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Com Pernoite?            ( ) SIM        ( ) NÃO

Data da SAÍDA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_        Data do RETORNO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_.

Quantidade de Diárias: \_\_\_\_\_

Adiantamento de despesas não cobertas pela diária: ( ) SIM ( ) NÃO

Valor: R\$ \_\_\_\_\_

OBS: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Veículo Oficial            ( )        Veículo Próprio ( )

Terceiro (ônibus, avião) ( )        Veículo Locado ( )

OBS: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Pouso Alegre, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Servidor (nome, assinatura e matrícula)

**AUTORIZAÇÃO**

Pouso Alegre, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Diretor(a) Presidente do IPREM



INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA MUNICIPAL DE POUSO ALEGRE/MG

INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA MUNICIPAL DE POUSO ALEGRE

Pça. João Pinheiro, 229 - Pouso Alegre - MG - Cep 37.550-000

Tel/Fax.: (35) 3422-9753 / E-mail: adm@iprem.mg.gov.br

**ANEXO VI**

**RELATÓRIO DE VIAGENS NACIONAIS**

**IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR/VEREADOR**

Nome: \_\_\_\_\_  
Matr: \_\_\_\_\_  
Cargo: \_\_\_\_\_  
Setor de exercício: \_\_\_\_\_

**IDENTIFICAÇÃO DO AFASTAMENTO**

Responsável pela autorização do Afastamento: \_\_\_\_\_  
Percurso: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Saída: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ Chegada: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_

(     ) Ressarcimento de despesas    (     ) Diárias recebidas para  
\_\_\_\_\_ dias

**DESCRIÇÃO SUCINTA DA VIAGEM**

Data	Atividades

Data:

Assinatura do Servidor



INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA MUNICIPAL DE POUSO ALEGRE/MG

INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA MUNICIPAL DE POUSO ALEGRE

Pça. João Pinheiro, 229 - Pouso Alegre - MG - Cep 37.550-000

Tel/Fax.: (35) 3422-9753 / E-mail: adm@iprem.mg.gov.br

**ANEXO VII**  
**FORMULÁRIO DE REQUISIÇÃO PASSAGENS AÉREAS**  
**PREENCHIMENTO DO REQUISITANTE**

REQUISITANTE : \_\_\_\_\_

SETOR/GABINETE : \_\_\_\_\_

CARGO/FUNÇÃO : \_\_\_\_\_

MATRÍCULA : \_\_\_\_\_

NOME DOS PASSAGEIROS: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

DESTINO (S) : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

MOTIVOS E OBJETIVOS DA VIAGEM (COM ÊNFASE NO INTERESSE PÚBLICO E INSTITUCIONAL)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



DATAS E HORÁRIOS DE VOÔS E ATERNATIVAS

	Ida (Embarque)		Retorno (Embarque)	
	Data HH/MM/AAAA	Horário HH:MM Até HH:MM	Data HH/MM/AAAA	Horário HH:MM Até HH:MM
1ª Opção				
2ª Opção				
3ª Opção				
4ª Opção				

AEROPORTO DE EMBARQUE E DESEMBARQUE E ALTERNATIVAS

	Ida (Embarque)	Ida (Desembarque)	Retorno (Embarque)	Retorno (Desembarque)
1ª Opção				
2ª Opção				
3ª Opção				

POSSIBILIDADE DE REALIZAÇÃO DE ESCALAS ( ) SIM ( ) NÃO

AGENDA DE COMPROMISSOS

DATA	HORÁRIO	COMPROMISSO

DATA: \_\_\_\_\_

Requisitante

DATA: \_\_\_\_\_

Autorização do Presidente