



PODER JUDICIÁRIO
JUSTIÇA DO TRABALHO
TRIBUNAL SUPERIOR DO TRABALHO

REQUERIMENTO DE CONCESSÃO DE ABONO DE FREQUÊNCIA
PA nº _____

1. Identificação do(a) requerente

Nome/Nome Social:	Código:
E-mail:	Tel./Ramal:
Servidor(a): <input type="checkbox"/> do Quadro <input type="checkbox"/> de outro Órgão <input type="checkbox"/> comissionado(a)	

2. Identificação do(a) dependente

Nome:	Nascimento: ____/____/____
-------	----------------------------

3. Licença-Adotante

- Licença-adotante (120 dias a contar da guarda judicial para adoção ou da própria adoção)**
(§ 2º do Art. 1º do ATO DILEP.CIF.SEGPES.GDGSET.GP Nº 597/2016)
- Prorrogação da licença-adotante (60 dias)**
(Art. 3º do ATO DILEP.CIF.SEGPES.GDGSET.GP Nº 597/2016)

4. Declarações

Declara estar ciente do teor do ATO DILEP.CIF.SEGPES.GDGSET.GP Nº 597/2016 e de que:

- a) A prorrogação é garantida ao (à) servidor(a), sem prejuízo do subsídio ou da remuneração, e concedida automática e imediatamente após a fruição da licença, **não sendo admitida a hipótese de prorrogação posterior ao retorno à atividade;**
- b) O magistrado ou servidor, **do sexo masculino**, que adotar ou obtiver a guarda judicial, para fins de adoção, de criança, tem direito à licença e sua prorrogação nos mesmos termos e prazos, **desde que a adoção ou guarda judicial não seja feita em conjunto** com cônjuge ou convivente em união estável que usufrua licença análoga por prazo equivalente ou que não exerça atividade remunerada regular;
- c) Durante o período da licença e sua prorrogação, é vedado o exercício de qualquer atividade remunerada;

No caso de solicitação por servidor do **sexo masculino**:

- Declara, sob as penas da lei, que **a adoção ou guarda judicial não é feita em conjunto** com cônjuge ou convivente em união estável que usufrua licença análoga por prazo equivalente ou que não exerça atividade remunerada regular.

5. Data e Assinatura

Sra. Coordenadora de Informações Funcionais,
Requer a V.Sa. o deferimento da concessão de abono de frequência. Declara, por fim, que são de sua responsabilidade exclusiva, sob as penas da lei, as informações e os documentos apresentados.

Brasília, ____ de _____ de _____.

Assinatura do(a) requerente

6. Reservado à CIF

____/____/____
Data do recebimento

Identificação do(a)
servidor(a)

Coordenadoria de Informações Funcionais - CIF
Seção de Estágio e Benefícios - SEBEN
Sala A3.97 - Telefones: (61) 3043-3550; 3043-3551 ; 3043-7330
E-mail: *sben@tst.jus.br*