

FORMULÁRIOS

Seção de Pagamentos e Frequência



GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO
UNIDADE REGIONAL DE ENSINO - ARARAQUARA



GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO
UNIDADE REGIONAL DE ENSINO - ARARAQUARA

Formulários da Seção de Frequência e Pagamentos

02. Alteração de Dados Pessoais

Requerimento para alteração de dados pessoais e funcionais.

GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DA FAZENDA E PLANEJAMENTO
COORDENADORIA DA ADMINISTRAÇÃO FINANCEIRA
DEPARTAMENTO DE DESPESA DE PESSOAL DO ESTADO

FORMULÁRIO Nº: 02

ALTERAÇÃO DE DADOS PESSOAIS E FUNCIONAIS DE SERVIDOR

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE
SECRETARIA(Selecione)

CÓDIGO/DESCRIÇÃO:
MUNICÍPIO: _____ N.º ANEXO: _____ CÓDIGO: _____

IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR
RG: _____ SSP: _____ CATEGORIA: _____

NOME: _____

CARGO/FUNÇÃO: _____

DADOS A SEREM ALTERADOS

<input type="checkbox"/> 01 - RG	<input type="checkbox"/> 09 - NATURALIDADE	<input type="checkbox"/> 17 - DISCIPLINA
<input type="checkbox"/> 02 - NOME (SERVIDOR)	<input type="checkbox"/> 10 - CONTRA SANCIONADA	<input type="checkbox"/> 18 - QUALIFICAÇÃO
<input type="checkbox"/> 03 - NOME (NME)	<input type="checkbox"/> 11 - DATA DE NASCIMENTO	<input type="checkbox"/> 19 - NOME (PAI)
<input type="checkbox"/> 04 - C.F.P.	<input type="checkbox"/> 12 - NOME DO SERVIDOR PÚBLICO	<input type="checkbox"/> 20 - RAÇA/COR
<input type="checkbox"/> 05 - ESTADO CIVIL	<input type="checkbox"/> 13 - ANO DO 1º EMPREGO	<input type="checkbox"/> 21 - FALSIFICAÇÃO
<input type="checkbox"/> 06 - ESCOLARIDADE	<input type="checkbox"/> 14 - ALTERAÇÃO S.A.	<input type="checkbox"/> 22 - "EX" de READAPTADO
<input type="checkbox"/> 07 - CARGO	<input type="checkbox"/> 15 - TRANSFERÊNCIA	
<input type="checkbox"/> 08 - CATEGORIA	<input type="checkbox"/> 16 - REMOÇÃO	

ITEM: _____

ITEM: _____

ITEM: _____

ITEM: _____

ITEM: _____

OBS.: _____

ITEM: _____

CÓDIGO/DESCRIÇÃO: _____

A PARTIR DE: _____ D.O.E.: _____

OBS.: ITENS 01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 08, 09, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22 - ANEXAR CÓPIA DOS DOCUMENTOS COMPROBATÓRIOS.

ITENS 14, 15, 16 - ANEXAR P.C.S. DE DOCTENTE COMPROVAÇÃO DE CARGA DE FUNÇÃO DE VANTAGENS.

ASSUMO PLENA RESPONSABILIDADE PELA VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES

LOCAL: _____

DATA: 10/03/2014

RECEBIDO POR: _____ ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL: _____

CLIQUE NO ICONE
ABAIXO PARA A BAIXAR
O DOCUMENTO:



04. CAF Manual

Comunicado de Ocorrência deve ser utilizado para informar situações que impliquem sustação, redução ou reposição de pagamento de vencimentos/vantagens de servidores

GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DA FAZENDA E PLANEJAMENTO
COORDENADORIA DA ADMINISTRAÇÃO FINANCEIRA
DEPARTAMENTO DE DESPESA DE PESSOAL DO ESTADO

FORMULÁRIO Nº: 04

COMUNICADO DE OCORRÊNCIA

DECRETO Nº 52.833/08 - D.O.E. - 24/03/2008
PORTARIA CAF Nº 29 - D.O.E. - 15/10/2015

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE
SECRETARIA(Selecione)

CÓDIGO/DESCRIÇÃO:
MUNICÍPIO: _____ N.º ANEXO: _____ CÓDIGO: _____

ENDEREÇO: _____ FONE: _____

IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR
RG: _____ SSP: _____ CATEGORIA: _____

NOME: _____

CARGO/FUNÇÃO: _____ TABELA: _____ JORNADA: _____

ENDEREÇO: _____ C.E.P.: _____

OCORRÊNCIAS

☐ CESSAÇÃO/DESCRIÇÃO DA VANTAGEM: _____ A PARTIR DE: _____

☐ VACÂNCIA

☐ AFASTAMENTO COM PREJUIZOS

☐ SERVIDOR INCLUIDO INDEFINIDAMENTE NO BF DE STA UNIDADE

☐ ARRENDAMENTO DE CARGO/FUNÇÃO

☐ PERÍODO DE SUSPENSÃO PERÍODO DE: _____ A _____ D.O.E.: _____

☐ LICENÇA NEGADA PERÍODO DE: _____ A _____ D.O.E.: _____

☐ PERDAS DE NORMA VANTAGEM: _____

PERÍODO DE: _____ A _____ QTD DE DIAS: _____

☐ CESSAÇÃO DE SALFAMIA ☐ EXCLUSÃO DE DEPENDENTE DE IMPOSTO DE RENDA

NOME COMPLETO DO DEPENDENTE: _____ MOTIVO: _____ A PARTIR DE: _____

☐ OUTRAS CIRCUNSTÂNCIAS ABRANGIDAS PELO ARTIGO 1º DA PORTARIA CAF

ASSUMO PLENA RESPONSABILIDADE PELA VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES

LOCAL: _____

DATA: _____

RECEBIDO POR: _____ ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL: _____

CLIQUE NO ICONE
ABAIXO PARA A BAIXAR
O DOCUMENTO:





GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO
UNIDADE REGIONAL DE ENSINO - ARARAQUARA

05. Férias

Requerimento para pagamento de férias que tiveram inconsistência na digitação via GDAE ou em caso de alteração de período de férias já recebido.



GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO SECRETARIA DA FAZENDA E PLANEJAMENTO COORDENAÇÃO DA ADMINISTRAÇÃO FINANCEIRA DEPARTAMENTO DE DESPESA DE PESSOAL DO ESTADO		
FORMULÁRIO DE : COMUNICADO DE GOZO DE FÉRIAS - E.F.P. DEC. Nº 29.439/88		05
IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE SECRETARIA(Selecione)		
CÓD. UA / DENOMINAÇÃO:		
MUNICÍPIO:	MÉ.SANOREF:	CDPW/CDDPn:
IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR		
RQ:	RESPV:	
NOME:		
CARGO/FUNÇÃO:		
CARGO/FUNÇÃO DE SIGNADO:		
TIPO DE DE SIGNAÇÃO		
A PARTIR DE:		
DADOS PARA PAGAMENTO		
QTDE. DIAS:	PERÍODO DE GOZO: A	EXERCÍCIO:
GRATIFICAÇÃO POR ATIVIDADE DE JULGAMENTO (GRAJ)		MÉDIA PERCENTUAL:
GRATIFICAÇÃO POR TRABALHO NOTURNO (GTN)		VALOR:
FÉRIAS ANULADAS		
QTDE. DIAS:	PERÍODO: A	EXERCÍCIO:
OBS:		
ASSUMO PLENA RESPONSABILIDADE PELA VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES		
LOCAL:		
DATA: 18/03/2024		
PREENCHIDO POR:		
ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL		

CLIQUE NO ICONE
ABAIXO PARA A BAIXAR
O DOCUMENTO:



09. Reassunção

Requerimento para Reassunção de docente ou funcionário que se afastaram com prejuízo dos vencimentos. A finalidade é o desbloqueio do PV.



GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO SECRETARIA DA FAZENDA E PLANEJAMENTO COORDENAÇÃO DA ADMINISTRAÇÃO FINANCEIRA DEPARTAMENTO DE DESPESA DE PESSOAL DO ESTADO		
FORMULÁRIO DE : REASSUNÇÃO		09
IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE SECRETARIA(Selecione)		
CÓD. UA / DENOMINAÇÃO:		
MUNICÍPIO:	MÉ.SANOREF:	CDPW/CDDPn:
IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR		
RQ:	RESPV:	
NOME:		
CARGO/FUNÇÃO:		
DADOS PARA PAGAMENTO		
REASSUNÇÃO EM:	PERÍODO DE AFASTAMENTO: DE:	ATE:
ACUMULAÇÃO DE CARGO - ATO DECISÓRIO Nº	D.O.E.:	
CONTA BANCÁRIA		
CÓDIGO DA AGÊNCIA:		
DENOMINAÇÃO:		
TIPO DE CONTA:	CONTA Nº:	DÍGITO:
NOTA: ANEXAR ATESTADO DE FREQUÊNCIA / COMPROVANTE DE CONTA BANCÁRIA OU BOLETIM DE CARGA SUPLEMENTAR/CIENALRE SE DOCENTE.		
ASSUMO PLENA RESPONSABILIDADE PELA VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES		
LOCAL:		
DATA: 18/03/2024		
PREENCHIDO POR:		
ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL		

CLIQUE NO ICONE
ABAIXO PARA A BAIXAR
O DOCUMENTO:





GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO
UNIDADE REGIONAL DE ENSINO - ARARAQUARA

12. Verificação de Pagamento

Requerimento para verificar pagamento quando o interessado tem dúvidas a respeito de vencimentos e vantagens pagas.

GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DA FAZENDA E PLANEJAMENTO
COORDENAÇÃO DA ADMINISTRAÇÃO FINANCEIRA
DEPARTAMENTO DE DESPESA DE PESSOAL DO ESTADO

FORMULÁRIO DE: **VERIFICAÇÃO DE PAGAMENTO** 12

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE
SECRETARIA(Seleção)

EMPRESA:
CÓDIGO DE NOMINAÇÃO:
MUNICÍPIO: MÉTODOS DE: CDPWCDPw

IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR
RG: RSPVEX:
NOME:
CARGO/FUNÇÃO:
ENDEREÇO
RUA/AV.: BAIRRO:
CIDADE: ESTADO: CEP: TEL:
ASSUNTO

DOCUMENTOS ANEXADOS:

DATA: ASSINATURA DO SERVIDOR ASSINATURA ÓRGÃO DE PESSOAL
CDPwCDPw

CLIQUE NO ICONE
ABAIXO PARA A BAIXAR
O DOCUMENTO:



13. Substituição Eventual GOE

Requerimento de Substituição Administrativa → QAE/QSE, Substituição de GOE

GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DA FAZENDA E PLANEJAMENTO
COORDENAÇÃO DA ADMINISTRAÇÃO FINANCEIRA
DEPARTAMENTO DE DESPESA DE PESSOAL DO ESTADO

FORMULÁRIO DE: **SUBSTITUIÇÃO EVENTUAL (EXCETO QUADRO DO MAGISTÉRIO)** 13

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE
SECRETARIA DA EDUCAÇÃO

DIRETORIA DE ENSINO REGIÃO LESTE 4
CÓDIGO DE NOMINAÇÃO:
MUNICÍPIO: MÉTODOS DE: CDPWCDPw

IDENTIFICAÇÃO DO SUBSTITUTO
RG: RSPVEX:
NOME:
CARGO/FUNÇÃO:
FAIXA/NÍVEL: REGRA: JORNADA:
IDENTIFICAÇÃO DO SUBSTITUTO
RG: NOME:
MOTIVO DO IMPEDIMENTO: DOE:

TIPO DE SUBSTITUIÇÃO [] COMPLEMENTAÇÃO? () "S" SE SIM
CARGO/FUNÇÃO/ATIVIDADE - SUBSTITUÍDA
DENOMINAÇÃO DO CARGO CÓDIGO CARGO TABELA: NÚMERO DE JORNADA U.A.
PERÍODO DA SUBSTITUIÇÃO DE QTD DE DIAS PERÍODO DA SUBSTITUIÇÃO DE QTD DE DIAS
QTD DE DIAS QTD DE HORAS QTD DE DIAS QTD DE HORAS

QTD 10% QTD 20% ADICIONAL PERICULOSIDADE ADICIONAL INALIBERIDADE GRATIFICAÇÃO / OUTROS

SERVIÇO EXTRAORDINÁRIO PUBLICAÇÃO D.O.E.
GRATIFICAÇÃO PRO LABORE DENOM.F.E.Q. COD.F.E.Q. PERC.% JORNADA
GRATIFICAÇÃO REPRE SENTAÇÃO DENOM.F.E.Q. COD.F.E.Q.

ASSUMO PLENA RESPONSABILIDADE PELA VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES

LOCAL:
DATA: 25/04/2024 ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL
FECHADO POR:

CLIQUE NO ICONE
ABAIXO PARA A BAIXAR
O DOCUMENTO:





O Formulário 14 é o requerimento utilizado para garantir a correta remuneração do professor do Quadro do Magistério (QM) que assume temporariamente uma função de direção na escola (Substituição Administrativa).

**CLIQUE NO ICONE
ABAIXO PARA A BAIXAR
O DOCUMENTO:**



Requerimento para implantação/alteração de ALE, GTN e atestando frequência do QAE e QSE, acompanha designações.

**CLIQUE NO ICONE
ABAIXO PARA A BAIXAR
O DOCUMENTO:**





GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO
UNIDADE REGIONAL DE ENSINO - ARARAQUARA

16. Aulas eventuais

Requerimento para verificação de inconsistência na digitação das aulas eventuais rejeitadas, bem como para aulas de reposição digitadas na opção 11 do PAEC.

GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO		SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO	
COORDENADORIA DA ADMINISTRAÇÃO FINANCEIRA		DEPARTAMENTO DE DESPESA DE PESSOAL DO ESTADO	
SUBSTITUIÇÃO DOCENTE EVENTUAL / REPOSIÇÃO / G.T.C.N. / A.L.E. / SERV. EXTRA.		16	
IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE			
SECRETARIA DE ENSINO:		CÓDIGO/UNID:	
CÓD. UN. / DENOMINAÇÃO:		MUNICÍPIO:	
IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR			
RG:	RS/PP/EX:	NOME:	CATEGORIA:
CARGO/FUNÇÃO DENOMINAÇÃO:			
DADOS PARA PAGAMENTO			
MÊS/ANO DE REP.:	E COMPLEMENTAÇÃO P. () 1º 2º 3º 4º 5º 6º 7º 8º 9º 10º 11º 12º	SERV. EXTRA: QTD:	D.O.B.:
MÊS/ANO	PIR	TIPO DE AULAS	ANEX. TRANSF.
		1º A 4º	
		5º A 8º	
		9º A 12º	
		ENSINO MÉDIO	
		ENSINO SUPERIOR	
IDENTIFICAÇÃO DO SUBSTITUTO			
RG - SUBSTITUTO:	RGAS - SUBSTITUTO:	RGAS - SUBSTITUTO:	RGAS - SUBSTITUTO:
ASSINO PLENA RESPONSABILIDADE PELA VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES			
LOCAL:	DATA: 15/06/2025	PRETENDIDO POR:	ASSINATURA E CARIMBO DO DIRETOR

CLIQUE NO ICONE
ABAIXO PARA A BAIXAR
O DOCUMENTO:



17. Carga Suplementar G.T.C.N. Adicional de local de Exercício

Requerimento para correção de inconsistência de carga horária (aulas livres – carga horária rejeitada) para atestar frequência, acompanhando designações ou para implantar GTCN, ALE.

GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO		SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO	
COORDENADORIA DA ADMINISTRAÇÃO FINANCEIRA		DEPARTAMENTO DE DESPESA DE PESSOAL DO ESTADO	
CARGA SUPLEMENTAR / GTCN / ADICIONAL DE LOCAL DE EXERCÍCIO / ATESTADO DE FREQUÊNCIA		17	
IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE			
DIRETORIA DE ENSINO: REGIÃO ARARAQUARA		CÓDIGO/UNID:	
CÓDIGO DENOMINAÇÃO:		MUNICÍPIO:	
IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR			
RG:	RS/PP/EX:	NOME:	CATEGORIA:
CARGO/FUNÇÃO DENOMINAÇÃO:			
DADOS PARA PAGAMENTO			
MÊS/ANO DE REP.:	E COMPLEMENTAÇÃO P. () 1º 2º 3º 4º 5º 6º 7º 8º 9º 10º 11º 12º	SERV. EXTRA: QTD:	D.O.B.:
MÊS/ANO	PIR	TIPO DE AULAS	ANEX. TRANSF.
		1º A 4º	
		5º A 8º	
		9º A 12º	
		ENSINO MÉDIO	
		ENSINO SUPERIOR	
IDENTIFICAÇÃO DO SUBSTITUTO			
RG - SUBSTITUTO:	RGAS - SUBSTITUTO:	RGAS - SUBSTITUTO:	RGAS - SUBSTITUTO:
ASSINO PLENA RESPONSABILIDADE PELA VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES			
LOCAL:	DATA: 15/06/2025	PRETENDIDO POR:	ASSINATURA E CARIMBO DO DIRETOR

CLIQUE NO ICONE
ABAIXO PARA A BAIXAR
O DOCUMENTO:





GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO
UNIDADE REGIONAL DE ENSINO - ARARAQUARA

26. Alteração de Jornada

Alteração de Jornada / carga suplementar.

GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DA FAZENDA E PLANEJAMENTO
COORDENAÇÃO DA ADMINISTRAÇÃO FINANCEIRA
DEPARTAMENTO DE DESPESA DE PESSOAL DO ESTADO

ALTERAÇÃO DE JORNADA / CARGA SUPLEMENTAR 26

UNIDADE REGIONAL DE ENSINO
SECRETARIA DA EDUCAÇÃO

DIRETORIA DE ENSINO - REGIÃO DE ARARAQUARA
CÓDIGO DE NOMINAÇÃO: _____ CD/PV/CRDP: E
MUNICÍPIO: _____

IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR

DE:	PERÍODO		DE:	ATE:	
	JORNADA	UA A.L.E.:		JORNADA	UA A.L.E.:
ME:	1ª A 4ª SÉRIE	5ª A 8ª SÉRIE	ENSINO MÉDIO	1ª A 4ª SÉRIE	5ª A 8ª SÉRIE
RGD:	CGA SUPL.	G.T.C.N.	CGA SUPL.	G.T.C.N.	A.L.E.
CATEGORIA:	A				

ASSUMO PLENA RESPONSABILIDADE PELA VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES

DATA: 25/04/2025
FECHEIRO POR: _____

DIRETOR DE ESCOLA: _____ ASSINATURA E CARIMBO: _____

CLIQUE NO ICONE
ABAIXO PARA A BAIXAR
O DOCUMENTO:



29. Aulas em substituição

Requerimento para pagamento de aulas/classes em substituição Aulas em substituição G.T.C.N./ A.L.E.

GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DA FAZENDA E PLANEJAMENTO
COORDENAÇÃO DA ADMINISTRAÇÃO FINANCEIRA
DEPARTAMENTO DE DESPESA DE PESSOAL DO ESTADO

AULAS EM SUBSTITUIÇÃO / G.T.C.N. / A.L.E. 29

UNIDADE REGIONAL DE ENSINO
SECRETARIA DA EDUCAÇÃO

DIRETORIA DE ENSINO: _____ CD/PV/CRDP: _____
CÓDIGO DE NOMINAÇÃO: _____ MUNICÍPIO: _____

IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR

RGD: _____ RSP/VEI: _____ NOME: _____ CATEGORIA: _____

ME S/A NO DE REF.: _____ E COMPLEMENTAÇÃO T() 1ª 2ª 3ª 4ª 5ª 6ª 7ª 8ª 9ª 10ª 11ª 12ª

HORAS	1ª A 4ª		5ª A 8ª		ENSINO MÉDIO	
	G.T.C.N.	A.L.E.:	G.T.C.N.	A.L.E.:	G.T.C.N.	A.L.E.:

FREQUÊNCIA DO MÊS

MÊS	COMPARTECIMENTOS	QTD FALTAS	AUXÍLIO TRANSPORTE	G.T.C.N.		A.L.E.	
				GT	GS	GT	GS

MOTIVO DE DECONTINUAÇÃO / DEVOLUÇÃO: _____

ASSUMO PLENA RESPONSABILIDADE PELA VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES

LOCAL: _____ DATA: 04/01/2019 FECHEIRO POR: _____ ASSINATURA E CARIMBO DO DIRETOR: _____

CLIQUE NO ICONE
ABAIXO PARA A BAIXAR
O DOCUMENTO:



[illegible]

**CLIQUE NO ICONE
ABAIXO PARA A BAIXAR
O DOCUMENTO:**





GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO
UNIDADE REGIONAL DE ENSINO - ARARAQUARA