

Resolução n.º 13/2001

de 26 de Dezembro

Havendo necessidade de se dar cumprimento às Normas de Funcionamento dos Serviços da Administração Pública, aprovadas pelo Decreto n.º 30/2001, de 15 de Outubro, ao abrigo do disposto no n.º 3 do artigo 41 e no n.º 5 do artigo 69, ambas das Normas de Funcionamento dos Serviços da Administração Pública, o Conselho Nacional da Função Pública decide

Artigo 1 — 1 O crachá referido no n.º 1 do artigo 41 das Normas de Funcionamento dos Serviços da Administração Pública, aprovadas pelo Decreto n.º 30/2001, de 15 de Outubro, tem um formato mínimo de 8,5x5,5cm e deve conter.

- a) O emblema da República ou logotipo,
 - b) O nome do órgão ou instituição,
 - c) O código do funcionário no Sistema de Informação de Pessoal (SIP) devidamente destacado,
 - d) O nome do funcionário devidamente destacado;
 - e) A fotografia do titular;
 - f) Os dizeres "Intransmissível" e o texto contido no verso do modelo que consta em anexo à presente resolução.
- 2 A primeira emissão do crachá é da responsabilidade dos serviços.

3 No caso de extravio ou deterioração, da responsabilidade do funcionário, caberá a este assumir os custos com a emissão da 2ª via, no prazo de 30 dias.

Art 2 O crachá deve ser assinado, no verso, pelo


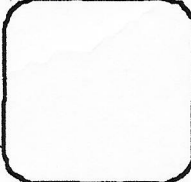
- a) Ministro, para o Secretário Permanente,
- b) Secretário Permanente, para os funcionários da sede dos Ministérios,
- c) Governador Provincial para os membros do Governo Provincial e administradores de distrito;
- d) Directores Provinciais para os funcionários da respectiva Direcção;
- e) Administrador distrital para os chefes de posto administrativo, directores distritais e funcionários das administrações distritais e postos administrativos;
- f) Directores distritais para os funcionários das respectiva Direcção;
- g) Dirigentes das instituições subordinadas para os funcionários da respectiva instituição

Art. 3. Cada instituição pública poderá optar pela cor que melhor identifique o seu sector

Art 4 São aprovados os modelos de correspondência e impressos que constam em anexo à presente resolução.

Art. 5. A presente resolução produz efeitos a partir da data da entrada em vigor do Decreto n.º 30/2001, de 15 de Outubro.

O Presidente do Conselho Nacional da Função Pública, *José António da Conceição Chichava* (Ministro da Administração Estatal)

 <p>República de Moçambique Ministério/ Instituição _____</p>	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">Nº (SIP)</div>	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">Nome:</div>	

INTRANSMISSÍVEL

A quem encontrar este cartão, pede-se o favor de o entregar urgentemente ao Ministério/Instituição-----, sita na -----, ou contactar pelo telefone-----, em -----.

O _____



REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE

MINISTÉRIO (GOVERNO PROVINCIAL ou Instituição autónoma)

DIRECÇÃO

Ofício nº/...../.....

Refª v/ofício nº/...../....., de /..... /.....

Assunto:

Excelência;

Segue o texto

Maputo, de de

O (função)

Nome
Categoria ou carreira profissional

A Sua Excelência,

O

Maputo

Rua/Av.

Telefone n.º

Fax n.º

Caixa Postal

EMAIL



REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE

MINISTÉRIO (GOVERNO PROVINCIAL ou instituição autónoma)

DIRECCÃO

À Direcção
(ou Ex.mº Senhor

MAPUTO

Nota nº ____ / ____ / ____ de ____ de ____ de 20 ____

Refª v/ nota nº ____ / ____ / ____ de ____ / ____ / ____

Assunto:

Segue o texto

O (função)

Nome
Categoria ou carreira profissional

Rua/Av.

Telefone n.º

Fax n.º

Caixa Postal

EMAIL . . .



REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE

MINISTÉRIO (GOVERNO PROVINCIAL ou instituição autónoma)

DIRECÇÃO

CERTIDÃO (ou CERTIFICADO)

(a) _____ - (b) _____ certifico, em cumprimento do despacho exarado no requerimento de (c) _____, que compulsando os livros de _____ do ano de _____ consta: _____

segue o texto

E, por ser verdade, se passou a presente certidão que depois de conferida por mim ser assinada.

vai

Maputo, _____ de _____ de _____

O (função)

Nome
Categoria ou carreira profissional

- (a) Nome da entidade competente para emitir certidões
- (b) Função, categoria ou carreira profissional
- (c) Nome completo do requerente



REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE

MINISTÉRIO (GOVERNO PROVINCIAL ou instituição autónoma)

DIRECÇÃO

INFORMAÇÃO PROPOSTA N.º/20 ..

<p>PARECER:</p>	<p>DESPACHO:</p>
-----------------	------------------

Data: / /20

PARA: Ex.º Senhor Director

ASSUNTO.

Segue o texto

O (função)

 Nome
 Categoria ou carreira profissional



REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE

MINISTÉRIO (GOVERNO PROVINCIAL ou instituição autónoma)

DIRECÇÃO

MEMORANDO

De: _____

Para: _____

ASSUNTO: _____

Segue o texto

aos . de . de 20.

O (função)

Nome
Categoria ou carreira profissional

Para conhecimento de:



REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE

MINISTÉRIO (GOVERNO PROVINCIAL ou instituição autónoma)

DIRECÇÃO

Ordem de Serviço N.º/20.

Tornando-se necessário definir normas de determino:

Cumpra-se

aos de de 20

O (função)

Nome
Categoria ou carreira profissional

Para conhecimento de:

Nota as ordens de serviço são elaboradas em livro próprio de que se extrairão cópias necessárias para conhecimento e execução



REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE

MINISTÉRIO (ou GOVERNO PROVINCIAL)
DIRECÇÃO

AUTO DE POSSE

Aos dias do mês de do ano de dois mil e
nesta (instituição/órgão)
onde se achava presente (a) compareceu
(b) por ter sido
nomeado/designado, por despacho de (c), publicado
no *Boletim da República* n.º de a fim de tomar posse do seu cargo.

Verificada a identidade e tendo recebido o competente compromisso de honra, o/a (a) conferiu-lhe seguidamente posse do cargo com as formalidades legais, investindo-o/a no exercício da função para que foi nomeado.

E para cónstar se lavrou o presente auto, que devidamente conferido, vai ser assinado pelo/a empossante, pelo/a nomeado/a, depois de lido por mim, que o escrevi, fiz selar devidamente e também assino.

Signature box consisting of a rectangle with a horizontal line through its center, and two horizontal lines below it.

- a) Nome e função do empossante
- b) Nome do empossado;
- c) Data e função da entidade que subscreveu o despacho



REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE

MINISTÉRIO (GOVERNO PROVINCIAL ou instituição autónoma)

DIRECÇÃO

TERMO DE INÍCIO DE FUNÇÕES

Aos ... dias do mês de ... do ano de dois mil e ... nesta (instituição/órgão) ... por ter sido nomeado/a (b) ... , a publicar ... por despacho de (c) ... no Boletim da República a fim de iniciar as funções do seu cargo.

Verificada a identidade, o/a(d) ... investiu-o/a no exercício das suas funções .

E para constar se lavrou o presente termo, que vai ser assinado pelo ... , pelo/a nomeado/a, depois de lido por mim ... que também assino.

Three horizontal lines for signature or stamp.

- (a) Nome completo do funcionário,
(b) Categoria ou carreira,
(c) Entidade que assinou o despacho e data do mesmo;
(d) Nome e função do dirigente



REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE

MINISTÉRIO (GOVERNO PROVINCIAL ou instituição autónoma) DIRECÇÃO

DIPLOMA DE PROVIMENTO

A despesa tem cabimento na dotação inserida no sector, capítulo artigo do Orçamento do corrente ano. / / Assinatura, _____

Nome completo nomeado por despacho de / / de (a) para a categoria/carreira/ função de nos termos do disposto no

Forma de provimento

Observações

Data / . / .

O (b)

Nome
Categoria ou carreira

Publicado na II série do Boletim da República n.º de / /

(a) Função da entidade que nomeia.
(b) Função da entidade que assina o título de provimento



REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE

MINISTÉRIO (GOVERNO PROVINCIAL ou instituição
autónoma)

DIRECÇÃO

AUTO DE NOTÍCIA

Aos dias do mês de do ano de dois mil e , lavrei o presente
auto para consignar que chegou ao meu conhecimento que (a)
no dia do mês de de dois
mil e pelas horas, no (local) foi vítima de acidente em
serviço (discriminar os factos) de que resultou (indicar os ferimentos ou morte).

Os primeiros socorros foram prestado em

Foram testemunhas do acidente: (indicar os nomes e identificação)

aos de de 20

O (b)

Nome
Categoria ou carreira profissional

- (a) Nome completo do funcionário acidentado, categoria/ carreira profissional /função e local onde está colocado,
(b) Função do dirigente/funcionário que assina o auto de notícia

(Acidente em missão de serviço)
(Participação a fazer pelo sinistrado ou por outrem)

Ex.^{mo} Senhor

Director

(1) F (identificação do participante) participa a V.Ex.^a que no dia . / /20 .
 pelas . horas, no (local) onde me encontrava em serviço fui vítima de acidente de trabalho
 (descrever os factos e os ferimentos) , o que pode ser comprovado pelas seguintes testemunhas:
 (nome e identificação completa)

Data

Assinatura

ou

(2) F (identificação do participante, indicando se é familiar do sinistrado e qual o grau de parentesco)
 participa a V. Ex.^a que teve conhecimento de que no dia / /20 , pelas . horas,
 F (identificação do sinistrado) encontrando-se
 em serviço no (local) foi vítima de acidente de trabalho de que resultou (descrever os
 ferimentos ou morte) o que pode ser comprovado pelas seguintes testemunhas
 (nome e identificação completa)

Data

Assinatura

SUBSÍDIO POR MORTE

DECLARAÇÃO

IDENTIFICAÇÃO DO DECLARANTE

Nome completo _____

Data de nascimento ____/____/____ Morada _____

Categoria ou carreira _____ Classe _____ Escalão _____

Função que exerce _____ Colocado em _____

DECLARAÇÃO

Declaro, para efeitos do disposto no nº 1 do artigo 264 do Estatuto Geral dos Funcionários do Estado, que o subsídio por morte e todos os abonos que sejam devidos após a minha morte devem ser pagos a:

Nome completo _____

Data de nascimento ____/____/____ Parentesco com o funcionário _____

_____ Morada _____

Data ____/____/____

Assinatura do declarante,

AUTO DE ABERTURA

A presente declaração foi aberta em ____/____/____ por mim _____,

_____ na presença dos seguintes funcionários.

Nome _____, categoria/carreira _____,

Nome _____, categoria/carreira _____

Assinatura,

Assinatura,

Assinatura,

SUBSÍDIO POR MORTE

DECLARAÇÃO

(verso)

INFORMAÇÃO DO PROCESSADOR DOS ABONOS

Entrada em ____/____/____

A presente petição está em condições de ser aceite.

São as seguintes as remunerações em dívida:

.....	.....	MT
.....	.....	MT
.....	.....	MT
.....	.....	MT
.....	.....	MT
.....	.....	MT
.....	.....	MT
Total .....	.....	MT

O Chefe do Departamento Financelro,

assinatura e carimbo

____/____/____

Preencher com letra bem legível

1 Nome Completo

Masc.
Sexo Fem.

Data de nascimento/...../19.....

Código

Local de Nascimento

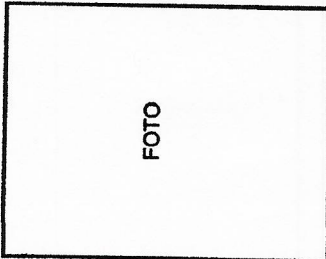
Distrito

Provincia ou País
(se nasceu no estrangeiro)

Estado civil 1) 2) 3)

Participou na Luta de Libertação Nacional desde/...../19.....

Registo Biográfico



B. I. n.º Emitido aos/...../..... Arquivo de identificação de

2 Cônjuge

(no caso de 2 casamentos ou poligamia inscreva no agregado familiar)

Nome

Data de nascimento/...../19.....

Nacionalidade

Local de trabalho

3 Local de trabalho

Antes de entrar para
(se for de 3, inscrever apenas os 3 últimos locais de trabalho)

De/...../.....a...../...../.....com a profissão de

De/...../.....a...../...../.....com a profissão de

De/...../.....a...../...../.....com a profissão de

Data de entrada ao serviço no em/...../19.....

Categoria/carreira/Função/
/Classe/escalão

NOMEAÇÃO

Data B R n.º

Posse/Início de funções

Colocação

Exoneração/Cessação de funções

Data B R n.º A partir de

Observações

