



Rua Elton Silva n.º 1000, Parque José Manoel da Conceição - Grande São Paulo - CEP.: 06600-025 - CNPJ n.º 46.522.991/0001-73

Secretaria Municipal de Administração / Diretoria de Recursos Humanos e Pessoal

## REQUERIMENTO DE BENEFÍCIO - AUXÍLIO DOENÇA

### 1 - Identificação do Servidor(a)

Nome Completo do Servidor(a):

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Sexo:  Masculino;  Feminino.

Naturalidade:

Nome Completo da Mãe:

Nome Completo do Pai:

Estado Civil:  Solteiro(a);  Casado(a);  Outros (especificar):

Nome do Cônjuge ou Companheiro(a):

Endereço:

Nº:

Complemento:

Bairro:

Município:

Estado:

CEP:

Telefones:

E-mail:

Carteira de Identidade (RG):

Órgão Emissor/UF:

Data de Emissão:

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Carteira de Trabalho Nº:

Série:

Órgão Emissor/UF:

Data de Emissão:

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

PIS/PASEP:

CPF:

Cargo Efetivo:

Admissão: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Ente Público:  Prefeitura;  Câmara;  Iprefjan.

Órgão de Lotação:

Telefones:

N.º da Conta Corrente:

Agência:

Banco:

**O(a) servidor(a) acima qualificado(a) vem respeitosamente, a presença de V.Sa. nos termos da legislação vigente, requerer o benefício de Auxílio Doença.**

### 2 - Documentos Anexados (Cópias autenticadas ou com os originais)

Documentos de Identificação (Cópia do RG);

Declaração expedida pelo órgão competente da Prefeitura Municipal de que foi autorizado o afastamento do servidor(a), do serviço ativo, por motivo de doença, durante 30 (trinta) dias consecutivos;

Atestado e Laudo Médico (Original ou cópia autenticada);

Outros:

**Nestes termos, pede deferimento.**

Jandira, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_

Assinatura Requerente:

Data da primeira perícia: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ - A partir das \_\_\_\_ Hrs.

**IPREJAN - Rua Henrique Dias 433, Vila Anita Costa - Jandira/SP.**

### Campos para Preenchimento pela Diretoria de Recursos Humanos e Pessoal

Processo Nº:

Carimbo e Rubrica: