



SOLICITAÇÃO DE AUXÍLIO-FINANCEIRO
 SOLICITAÇÃO DE REDUÇÃO DE JORNADA NORMAL DE TRABALHO
FORMULÁRIO: GEPEM/2016

NOME:
MATRÍCULA:
CARGO:

À
Gerência de Perícia Médica,

O(a) requerente acima identificado(a) solicita pela presente:

- BENEFÍCIO DE AUXÍLIO-FINANCEIRO**, conforme previsto no Artigo 82 da Lei Complementar 063/03, por se tratar de servidor (a) que possua filho ou cônjuge portador de deficiência física ou mental incapacitadora para o trabalho;
- BENEFÍCIO DE REDUÇÃO DE CARGA HORÁRIA** para 20 horas, conforme previsto no Artigo 147 da Lei Orgânica do Município e Artigo 46 da Lei Complementar 063/03, por se tratar de servidor(a) pai, mãe, tutor, curador ou responsável pela criação, educação e proteção de pessoa portadora de deficiência, considerada dependente sob o aspecto sócio-educacional e em situação que exija o atendimento direto pelo servidor.

Anexa pela presente:

- Cópia da certidão de nascimento e/ou casamento.
 Atestado do médico assistente/laudo médico ou comprovante de acompanhamento especializado

Florianópolis, ____/____/____.

Assinatura do(a) servidor(a)

Parecer da Gerência de Perícia médica:

- De acordo com agendamento para avaliação médica.
 De acordo com agendamento para avaliação social.

Em ____/____/____

Médico Perito