

**Gerência de Saúde e Prevenção – GESPRE**  
**Formulário – Requerimentos Diversos**

**1 – Identificação do(a) servidor(a):**

Nome: \_\_\_\_\_  
Sexo: M( ) F( ) Data de Nascimento.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
CEP: \_\_\_\_\_  
Telefone: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

**2 – Dados Funcionais:**

Órgão de Lotação: \_\_\_\_\_  
Local de Exercício: \_\_\_\_\_ Telefone: ( ) \_\_\_\_\_  
Provimento/Cargo: ( )Efetivo ( )Comissionado ( )Outro/Descrever \_\_\_\_\_

**3 – Solicitação:**

Via do presente, nos termos das legislações atuais e apresentando todos os documentos necessários, venho à Gerência de Saúde e Prevenção solicitar:

<input type="checkbox"/> Aposentadoria/Invalidez	<input type="checkbox"/> Readaptação de Função	<input type="checkbox"/> Reversão
<input type="checkbox"/> Remoção	<input type="checkbox"/> Auxílio Saúde	<input type="checkbox"/> Redução Jornada de Trabalho
<input type="checkbox"/> Pensão por Invalidez	<input type="checkbox"/> Isenção de Imposto de Renda	<input type="checkbox"/> Perícia Médica
<input type="checkbox"/> Outro / Descrever: _____		
Reconsideração de Licença Médica		
<input type="checkbox"/> Indeferida	<input type="checkbox"/> Discordância do período concedido	<input type="checkbox"/> Discordância do prazo concedido
<input type="checkbox"/> Outro/descrever: _____		

**4 – Justificativa:**

**5- Documentos e exames apresentados:**

Caso necessário, autorizo a divulgação do CID/Patologia que me acomete.  
Caso seja Representante, apresentar documento comprobatório.

Cidade: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ \_\_\_\_\_  
Assinatura