

Excelentíssimo Senhor Governador do Estado do Rio de Janeiro

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ Orgão \_\_\_\_\_

Matrícula: \_\_\_\_\_ Id Funcional: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_

Tipo de Aposentadoria: \_\_\_\_\_ D.O.nº \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Proc. Aposentadoria nº: \_\_\_\_\_

requer a concessão do benefício de AUXÍLIO INVALIDEZ conforme preceito legal( Decreto nº 3044/80 – Decreto Estadual).

Nestes Termos,

Pede deferimento.

Rio de Janeiro, \_\_\_\_\_.

CONTATOS:

Telefone residencial:(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Telefone celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Whatsapp: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Outros: \_\_\_\_\_

**ATENÇÃO:** Todos os campos devem ser preenchidos. Juntar obrigatoriamente: documento de identificação, cópia D.O. de aposentadoria, último contracheque, comprovante de residência, laudos médicos e exames atualizados (máx. 6 meses) sob pena de devolução pela Perícia Médica (exigências).

LAD