Processo n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Rubrica: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fls. \_\_\_

Processo n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Rubrica: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fls. 02

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO GRANDE**  Secretaria Municipal de Gestão | **REQUERIMENTO DE**  **SALÁRIO-FAMÍLIA** |

Senhor(a) Diretor(a) - Presidente do Instituto Municipal de Previdência de Campo Grande

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nome: | | Matrícula/Vínculo: |
| Nome Social: | | Fone: |
| Endereço: | Nº | Recado: |
| Bairro: | |
| Cargo: | | Referência/Classe/Nível: |
| Quadro: | | Regime Jurídico: |
| Unidade de lotação: | | |
| Órgão/Entidade: | | |

Requer a V. Sa. Autorização para o pagamento de \_\_\_\_ cota(s) de Salário-Família para o(s) dependente(s) abaixo mencionado(s):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Dependente(s)** | **Parentesco** | **Data de nascimento** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Nestes termos, pede o deferimento.

Campo Grande/MS, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| Assinatura do(a) Requerente |

Ratificamos os dados acima citados:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Gerente da GAP/SEMED |  | Chefe da DDF/GAP/SEMED |

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS:

* REQUER PRÓPRIO DEVIDAMENTE PREENCHIDO;
* CÓPIA DA CERTIDÃO DE NASCIMENTO (CARIMBAR CONFERE COM O ORIGINAL NA UNIDADE DE LOTAÇÃO);
* CÓPIA DA CARTEIRA DE VACINAÇÃO – PÁGINA(S) QUE CONTENHA(M) A IDENTIFICAÇÃO DO DEPENDENTE E PÁGINA(S) QUE COMPROVE(M) A VACINAÇÃO (CARIMBAR CONFERE COM O ORIGINAL NA UNIDADE DE LOTAÇÃO);
* COMPROVANTE DE FREQUÊNCIA ESCOLAR;
* COMPROVANTE DE INVALIDEZ POR DEPENDENTE - MAIOR DE 14 ANOS;
* ÚLTIMO CONTRACHEQUE.