



REQUERIMENTO PARA CANCELAMENTO DE AUXÍLIO-CRECHE

À SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA:

() INSS		() EFETIVO	
Nome do servidor:			
Cargo:			Matrícula:
Lotação:	Local de Trabalho:		
Telefone:		E-mail:	
VENHO REQUERER , DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:			
<input type="checkbox"/> Cancelamento do benefício de auxílio-creche, visto que meu (s) dependente (s) utilizam os serviços públicos de educação.			
Nome:	Data de Nascimento:	CPF:	
Nome:	Data de Nascimento:	CPF:	
Nome:	Data de Nascimento:	CPF:	
Nome:	Data de Nascimento:	CPF:	
<input type="checkbox"/> Cancelamento do benefício de auxílio-creche, visto que outro responsável legal é servidor municipal e solicitou o benefício.			
Nome do servidor:			
Matrícula:	Cargo:	Lotação:	
DADOS DO DEPENDENTE			
Nome:	Data de Nascimento:	CPF:	

Rio das Ostras, _____ de _____ de _____

Assinatura do Servidor