



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

Coordenação-Geral de Gestão de Pessoas

REQUERIMENTO DE AUXÍLIO FUNERAL

1 - IDENTIFICAÇÃO DO(A) EX-SERVIDOR(A):

Nome*:

Nome social (Decreto nº 8.727, de 28 de abril de 2016):

Matricula*:

CPF*:

Situação na data de óbito*:

Ativo

Aposentado

* preenchimento obrigatório

2 - DADOS DO REQUERENTE:

Nome (completo)*:

CPF*:

Banco*:

Agência*:

Conta*:

Grau de parentesco*:

Cônjuge

Companheiro

Filho

Outros

Endereço:

Cidade:

UF:

CEP:

Telefone (residencial):

Telefone (celular)*:

E-mail*:

* preenchimento obrigatório

3 - REQUERIMENTO:

Venho requerer o pagamento de **Auxílio Funeral**, com fundamento nos artigos 226, 227, 228 e 241 da Lei nº 8.112/1990, pelo óbito do Ex-Servidor, acima identificado. Declaro ainda, a exatidão e veracidade das informações acima prestadas, em conformidade com a legislação vigente.

Nestes termos, peço deferimento.

_____ , _____

Assinatura do(a) Requerente

Recebido em: ____ / ____ / ____.

Assinatura e carimbo da área de RH.