



IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR

Nome do Servidor				Matrícula	
Endereço Residencial				CEP	
Bairro	Cidade	UF	Telefone		
Cargo Efetivo	Nível	Classe	Padrão		
Órgão de Origem	Cargo em Comissão/Função Comissionada				
Lotação	Sala	Telefone			
CÔNJUGE/COMPANHEIRO(a):					
Órgão	Cargo efetivo	Classe	Padrão		

CEDIDO/REQUISITADO/SERVIDOR QUE ACUMULE CARGO OU EMPREGO PÚBLICO

Declaro não receber em outro Órgão ou entidade auxílio idêntico ou similar.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura do servidor

IDENTIFICAÇÃO DO(S) DEPENDENTES

NOME	SEXO		GRAU DE PARENTESCO	DATA DE NASCIMENTO
	M	F		

DEPENDENTE EXCEPCIONAL

LAUDO MÉDICO:

CUSTEIO DO BENEFÍCIO:

Autorizo a consignação em Folha de Pagamento, da cota-parte referente à minha participação do custeio do benefício Auxílio Pré-Escolar, observado o percentual de desconto da minha faixa de remuneração, incidente sobre o valor-teto do benefício.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura do servidor

TERMO DE RESPONSABILIDADE:

Declaro, sob a minha responsabilidade, serem exatas e verdadeiras as informações aqui prestadas e que o meu cônjuge/companheiro(a) não recebe benefício similar.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura do servidor