

**MINISTÉRIO DA SAÚDE**

Secretaria Executiva

Superintendência Estadual do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro

Coordenação de Administração / Serviço de Gestão de Pessoas

**REQUERIMENTO DE CONCESSÃO DE AUXÍLIO NATALIDADE**Servidor(a):  SIAPE: Cargo:  Lotação: RG:  Órgão Expedidor:  CPF: Endereço:  Nº: Complemento:  Bairro: Cidade:  CEP:  UF: Telefones:  Email: **Vem requerer o pagamento nos termos do Art. 196 da Lei 8112/90, do Auxílio Natalidade por motivo de nascimento de seu/sua filho(a)s:**Nome:  CPF: Nome:  CPF: Nome:  CPF: Possui Cônjuge ou Companheiro(a) que é Servidor(a) Público(a)?  Sim  Não**Se Tiver Cônjuge ou Companheiro(a) que é Servidor(a) Público(a):**Nome do Cônjuge / Companheiro: Cargo:  Matrícula: Nome do Órgão (Federal, Estadual ou Municipal): RG:  Órgão Expedidor:  CPF: 

Responsabilizo-me e afirmo que as informações prestadas neste pedido de auxílio natalidade são verdadeiras.

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

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Servidor