

**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 COMUNICAÇÃO DE ÓBITOEu: , TEL.: RG: , Órgão Expedidor: , CPF: ,E-mail:

venho por meio desta Central, comunicar à Superintendência do Ministério da Saúde no Estado do Rio de Janeiro, para que seja encerrado o pagamento, o falecimento de:

Nome: SIAPE: CPF: Falecido em: Servidor Ativo Aposentado Pensionista Dependente

Rio de Janeiro, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Declarante