



REQUERIMENTO PARA CANCELAMENTO DE AUXÍLIO-CRECHE

Nome do servidor:

Cargo:

Matrícula:

Lotação:

Local de Trabalho:

Telefone:

E-mail:

VENHO REQUERER, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

☐

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:

☐

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:

☐

Cancelamento do benefício de auxílio-creche, pelo(s) motivo(s) relacionado(s) abaixo:

Rio das Ostras, ____ de _____ de ____

Assinatura do Servidor