



MINISTERIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ATENÇÃO A SAÚDE
DEPARTAMENTO DE GESTÃO HOSPITALAR NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
HOSPITAL FEDERAL DE IPANEMA
REQUERIMENTO DE AUXÍLIO NATALIDADE

DADOS DO SERVIDOR

NOME	MATRÍCULA	LOTAÇÃO
------	-----------	---------

OBJETO DO PEDIDO DE PAGAMENTO

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).	
Nome do filho (a) -	DN: / /

PREENCHER NO CASO DE REQUERIMENTO DE CÔNJUGE (COMPANHEIRO)

Declaro	que	meu/minha	cônjuge	(ou	companheiro)	—
não é servidor (a) público (a).						

ASSINATURA DO SERVIDOR REQUERENTE	
	DATA / /

PARA USO DO DEPART. DE PESSOAL

FOLHA DE PAGTO MÊS

VALOR PAGO (R\$)

ASSINATURA DO SERVIDOR INFORMANTE
DATA : / /

DOCUMENTAÇÃO :

- CONTRACHEQUE DO SERVIDOR,
- CPF e CERTIDÃO DO DEPENDENTE