

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE

Pró-Reitoria de Gestão de Pessoas

**REQUERIMENTO DE CONCESSÃO DE APOSENTADORIA POR INCAPACIDADE PERMANENTE PARA O TRABALHO**

Senhor Reitor,

Venho requerer, com base na legislação pertinente, a concessão de **APOSENTADORIA POR INCAPACIDADE PERMANENTE PARA O TRABALHO**, conforme os dados a seguir.

IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nome do Requerente:** | | |
| **CPF:** | **Matrícula SIAPE:** | **Data de Nascimento:** |
| **Cargo:** | | **Telefone Residencial:** |
| **E-mail:** | | **Telefone Celular:** |
| **Endereço Residencial:** | | **Bairro:** |
| **Cidade/Estado:** | | **CEP:** |

DADOS DE LOTAÇÃO

|  |  |
| --- | --- |
| **Unidade de Lotação:** | **Sigla:** |
| **Ramal:** | **E-mail:** |

DADOS DA CHEFIA IMEDIATA

|  |  |
| --- | --- |
| **Nome da chefia imediata:** | |
| **Unidade de Lotação da chefia imediata:** | **Matrícula SIAPE da chefia imediata:** |
| **Ramal da chefia imediata:** | **E-mail da chefia imediata:** |
| **E-mail do Gestor Máximo da Unidade (Superintendente, Pró-Reitor, Diretor de Unidade)** | |

**Observação: Anexar exames médicos, se houver.**

Nestes termos,

Pede deferimento.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Local e data

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do Requerente

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura da Chefia Imediata