

REQUERIMENTO DE ATUALIZAÇÃO CADASTRAL DE DEPENDENTE(S) PARA FINS DE ENTREGA DE ATESTADO MÉDICO – ACOMPANHANTE DE PESSOA DA FAMÍLIA

Ao Setor de Gestão de Pessoas da TRANSITAR:

Eu, _____, matrícula nº _____, CPF nº _____, servidor(a) público(a) da TRANSITAR, cargo de _____, lotado(a) no(a) _____, venho, por meio deste, **requerer a atualização do meu cadastro funcional**, com a inclusão dos dados de dependente(s) familiar(es) que poderá(ão), eventualmente, ser acompanhado(s) por este servidor em atendimento(s) de saúde, com vistas à entrega de atestado(s) médico(s) na modalidade **acompanhante de familiar**, conforme regulamentação vigente e orientações do Setor de Gestão de Pessoas.

Informo, a seguir, os dados do(s) dependente(s) a ser(em) cadastrado(s), nos termos do art. 246, da Lei nº 2.215/1991 – Estatuto do Servidor Público do Município de Cascavel:

- Nome completo: _____
CPF: _____ Grau de dependência/parentesco: _____
- Nome completo: _____
CPF: _____ Grau de dependência/parentesco: _____
- Nome completo: _____
CPF: _____ Grau de dependência/parentesco: _____
- Nome completo: _____
CPF: _____ Grau de dependência/parentesco: _____

Para fins de comprovação e formalização do cadastro, anexo a este requerimento **cópia dos documentos pessoais da(s) pessoa(s)** acima relacionada(s), incluindo documento de identificação com foto e CPF e comprovante de residência, bem como, quando necessário, documento(s) que comprove(m) o vínculo de dependência (Ex.: certidão de nascimento, de casamento ou de união estável, termo de guarda, etc).

Declaro, ainda, que os dados acima são verídicos e que a presente solicitação visa exclusivamente fins administrativos relacionados à correta instrução dos lançamentos no sistema eletrônico de entrega de atestados, nos casos em que o acompanhamento de familiar seja devidamente prescrito por profissional de saúde.

Sendo o que se apresenta para o momento,

Cascavel, ____ de _____ de 202____.

Assinatura do(a) Servidor(a)