

**FORMULÁRIO – REQUERIMENTO PARA APLICAÇÃO ART.40 §21 DA CF**

**Dados Pessoais - Funcionais**

NOME: _____	MATRÍCULA: _____	
CPF: _____	CELULAR: _____	TELEFONE: _____
ENDEREÇO: _____		
NOME MÃE: _____	NOME PAI: _____	
CARGO / FUNÇÃO: _____	TIPO DE BENEFÍCIO (APOSENTADORIA/PENSÃO): _____	
DESTINATÁRIO: _____ <b>INSTITUTO DE SEGURIDADE SOCIAL DOS SERVIDORES MUNICIPAIS DE ANÁPOLIS - ISSA</b>		

**\*\*\* É IMPRESCINDÍVEL A IMPRESSÃO DOS DOCUMENTOS ABAIXO E ANEXÁ-LOS AO PROCESSO. \*\*\***

**Lista de Documentos**

- Preenchimento dos dados acima;
- Processo exclusivo para segurados portadores de doença prevista na Lei 7.713/88.

**TODAS AS CÓPIAS DEVERÃO CONTER:**

- CARIMBO DE CONFERE COM ORIGINAL;
- CARIMBO E ASSINATURA DO SERVIDOR QUE ATESTE A CONFERÊNCIA;
- CASO SEGURADO SEJA REPRESENTADO ANEXAR CÓPIA VÁLIDA DO DOCUMENTO COMPROBATÓRIO;

**DOCUMENTOS DO REQUERENTE:**

- RG;
- CPF;
- Comprovante de Endereço;
- Laudo Médico Pericial (PMA) de Isenção de IRRF;

Para mais informações: (62) 3311.3222 - 3311.3411 - 3311.4817 - 3311.3067

**Conclusão**

**OBSERVAÇÕES:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Anápolis, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ .

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do Requerente**