



SOLICITAÇÃO DE BENEFÍCIO - SOB (GSS - 02.1) – AUXÍLIO-DOENÇA



INFORMAÇÕES PESSOAIS

Nome:	Matricula Funcional:
-------	----------------------

DADOS CADASTRAIS

Endereço:			Nº:
Complemento:		Bairro:	CEP:
Cidade:	UF:	Tel. Residencial: ()	Tel. Celular: ()
E-mail Principal:		E-mail Alternativo:	

DADOS BANCÁRIOS

Banco:	Agência:	Conta-Corrente:
--------	----------	-----------------

Data:

Assinatura do Participante:

Os dados informados serão tratados de acordo com a Política de Privacidade e Proteção de Dados do Nucleos e em conformidade com a Lei nº 13.709/2018 – Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD)

PARA USO DO NUCLEOS

Data:	Data:
Funcionário NUCLEOS:	Ger. Seguridade:
Data:	
Ass. Diretoria de Benefícios:	