

REQUERIMENTO PARA AUXÍLIO SAÚDE

I - IDENTIFICAÇÃO

Nome atual: _____

Nome de solteira: _____

Filiação - Pai: _____

Mãe: _____

Matrícula Funcional: _____ Matrícula SEFAZ: _____

CPF: _____ RG: _____

Cargo(s) - 1º: _____ 2º: _____

Lotação: _____

Município: _____ Subsecretaria: _____

Endereço residencial: _____

CEP: _____ FONE: _____

II - AUTORIDADE REQUERIDA

III - ASSUNTO

LOCAL

DATA ____ / ____ / ____

ASSINATURA DO REQUERENTE

Obs.: Anexar cópias dos documentos pessoais (RG, CPF e Certidão de Casamento)



GERÊNCIA DE SAÚDE E PREVENÇÃO

Autorização do Servidor interessado para informação dos CIDs das patologias que o(a) acometem, bem como de sinais e sintomas acerca de suas patologias e enfermidades em documentos médico legais da Gerência de Saúde e Prevenção

Eu, servidor(a) público(a) do Estado de Goiás, ou paciente em outra instância e que abaixo me identifique. Autorizo a Gerência de Saúde e Prevenção, nos casos de necessidade médico/administrativas, andamento de processos periciais, concessão de benefícios, trâmites necessários referentes aos processos, bem como de documentos médico-legais que chegam e que são emitidos por esta Gerência, a divulgar os CIDs das patologias bem como de sinais e sintomas e diagnósticos das doenças e enfermidades que me acometem.

| | |
|------------|------|
| Nome: | |
| RG: | CPF: |
| Lotação: | |
| Cargo: | |
| Endereço: | |
| Telefones: | |
| e-mail: | |

Goiânia, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Servidor

Servidor da Gerência de Saúde e Prevenção responsável pelo atendimento ao servidor / paciente:

Nome:

Cargo:

Data:

Certifico haver informado ao interessado sobre o procedimento firmado neste documento, bem como de haver conferido o documento apresentado.



SEFAZ – Superintendência de Gestão Estadual – www.administracao.go.gov.br

Gerência de Saúde e Prevenção

Rua Dr. Olinto Manso Pereira, 45, Setor Sul Goiânia - GO CEP 74083-105 - Fone: (62) 3201-6827

SECRETARIA DA FAZENDA