

**PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO**

Instituto de Previdência e Assistência do Município do Rio de Janeiro

PREVI-RIO

Ilmo. Sr. Presidente do Instituto de Previdência e Assistência do Município do Rio de Janeiro

Nome Servidor:		
Cargo:	Matrícula(s):	CPF Servidor:

Espécie de Requerimento

AUXÍLIO MEDICAMENTO

Requerente/Beneficiário(a)	Vínculo Familiar

Nestes Termos, p.deferimento.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de _____.

Assinatura

Dados do requerente ou de seu procurador para contato

Nome:			
Endereço:			Nº
Complemento:	Bairro:	Cidade:	
Estado:	CEP:	Telefone Residencial:	Telefone Celular:
E-mail:			

