

DECLARAÇÃO DO ÓRGÃO DE ORIGEM**Preenchimento pelo Órgão de Origem***DADOS DO SOLICITANTE**

NOME COMPLETO:			
MATRÍCULA IPE Saúde: Nº DO CARTÃO			
REGIME PREVIDENCIÁRIO:	<input type="checkbox"/> REGIME GERAL DE PREV. SOCIAL (INSS) <input type="checkbox"/> REGIME PRÓPRIO DE PREV. SOCIAL		
TIPO: <i>(marque somente uma opção)</i>	<input type="checkbox"/> EXONERAÇÃO <input type="checkbox"/> Licença Trat. Saúde INSS <input type="checkbox"/> Licença para Tratar de Interesses Particulares <input type="checkbox"/> Licença para acompanhar cônjuge <input type="checkbox"/> Cedido sem Ônus <input type="checkbox"/> Suspensão sem vencimentos		
DATA INICIO:	____/____/____	DATA TÉRMINO:	____/____/____
ÓRGÃO DE LOTAÇÃO:			
PUBLICAÇÃO NO DOE:	<input type="checkbox"/> Sim - Data: ____/____/____ Pág.: ____ <input type="checkbox"/> Não		

_____, de _____ de _____.
(Cidade)

Assinatura do Segurado

USO EXCLUSIVO DO ÓRGÃO DE ORIGEM

Carimbo do Órgão Informante	Matrícula do Responsável: _____
	Assinatura do Responsável: _____
	Carimbo do Responsável: