



PARANÁ
GOVERNO DO ESTADO



ADMINISTRAÇÃO DOS PORTOS DE PARANAGUÁ E ANTONINA

DIRETORIA ADMINISTRATIVA E FINANCEIRA
Gerência de Gestão de Pessoas
Coordenadoria de Assistência Médica e Social

**SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO DE AUXÍLIO
FUNERAL**

NOME DO FUNCIONÁRIO (A)	MATRÍCULA	LOTAÇÃO

DADOS PARA REEMBOLSO		
DEPENDENTE OU PARENTE PARA REEMBOLSO DAS DESpesas PAGAS COM FUNERAL	GRAU DE PARENTESCO	CPF
BANCO:		
AGÊNCIA:		
CONTA CORRENTE:		
VALOR TOTAL PARA REEMBOLSO: R\$		

EMPRESA FUNERÁRIA	
RAZÃO SOCIAL:	CNPJ:
ENDEREÇO:	

DECLARAÇÃO OBRIGATÓRIA
DECLARO, de acordo com o art. 4º da Ordem de Serviço nº 42/20, que não recebo nem tenho cônjuge ou companheiro (a) que recebe o auxílio semelhante de outro órgão ou entidade pública, direta, federal, estadual ou municipal ou de auxílio privado. Declaro ainda que estou ciente dos termos e das condições do auxílio funeral que requeiro, assim como tenho conhecimento do teor

do Art. 299 do Código Penal Brasileiro que trata das penalidades previstas para os casos de falsidade ideológica.

DATA:

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO: