



**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 DESPEAS 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 requero, 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:**