



Ministério da Saúde

FIOCRUZ  
Fundação Oswaldo Cruz

Coordenação-Geral de Gestão de Pessoas

**Escolha uma das opções  
ao lado: Voluntária,  
Compulsória ou  
Invalidez.**

### 1 - IDENTIFICAÇÃO DO(A) SERVIDOR(A):

Nome:		
<input type="text"/>		
Matrícula Siape:	CPF:	Data de Efetivo Exercício:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Unidade:	Cargo:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

### 2 - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DO(A) SERVIDOR(A):

Endereço:		Bairro:
<input type="text"/>		<input type="text"/>
Cidade:	UF:	CEP:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefone (Residencial):	Telefone (Celular):	Telefone (Outro):
<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
E-mail (Particular):		
<input type="text"/>		

### 3 - REQUERIMENTO: **Área de preenchimento do Serviço de Recursos Humanos - SRH.**

O(A) servidor(a) supracitado(a) vem por meio deste requerer a sua **Aposentadoria**, de acordo com o fundamento legal:

**Fundamento Legal (acrescido da vantagem se for o caso).**

DATA: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura e carimbo do responsável do SRH

Nestes termos, peço-lhe deferimento.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) Servidor(a)