

ANEXO III
REQUERIMENTO PARA CONCESSÃO DO BENEFÍCIO ASSISTENCIAL PELO
SERVIDOR APOSENTADO QUE JÁ POSSUI LAUDO MÉDICO PERICIAL
HOMOLOGADO PELA COGESS

Eu, _____,
Registro _____, Vínculo _____, RG _____
CPF _____ aposentado (a) pela SECRETARIA MUNICIPAL
/ SUBPREFEITURA, _____ sou portador(a)
de doença grave relacionada no art. 6º, inciso XIV, da Lei Federal nº 7.713, de 22 de
dezembro de 1988, conforme laudo médico pericial em anexo e **REQUEIRO** a
concessão do Benefício Assistencial instituído pelo art. 49 da Lei Municipal nº 17.969, de
23 de junho de 2023, conforme laudo médico pericial em anexo, homologado pela
Coordenadoria de Gestão de Saúde do Servidor, da Secretaria Municipal de Gestão.

São Paulo, _____ / _____ / _____

assinatura

INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Endereço: _____

Nº _____ Complemento: _____ Bairro: _____

Cidade _____ Estado _____ CEP _____

Telefone (1) _____ Telefone (2) _____

E-mail: _____

CONTATOS PARA RECADOS:

Contato (1) _____ Telefone: _____

Contato (2) _____ Telefone: _____