

REQUERIMENTO PARA SOLICITAÇÃO DE AUXILIO ESPECIAL – COVID 19

Prezado Presidente, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(nome completo), CPF\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_OABRS\_\_\_\_\_\_\_\_\_E-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_telefone de contato\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_residente\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CEP:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_na cidade de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, venho através desta requerer auxilio especial tendo em vista a impossibilidade de laborar devido a patologia (especificar a doença)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CID 10 ( Código de Doenças Internacionais) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Peço que em caso de deferimento do pedido o valor seja depositado na conta bancaria nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Agência \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Banco\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ da cidade de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**Em anexo segue os documentos marcados com “x”:**

( ) Cópia da Carteira da OAB/RS do (a) Advogado (a);

( ) Cópia do laudo/atestado médico de comprovação da doença e da impossibilidade de laborar;

( ) Cópia de comprovante de renda (três últimos contracheques, RPA);

( ) Cópia da última Declaração de Imposto de Renda. No caso de isento, apresentar documento de inexistência da declaração;

( ) Comprovante de residência;

A documentação pode ser enviada por e-mail (beneficios@caars.org.br), carta ou entregue pessoalmente (R: Washington Luiz, 1110/5º andar, Bairro Centro, Porto Alegre/RS, CEP: 90010-460) e em caso de dúvida contatar o Setor de Benefícios da CAARS, pelo telefone 51-981374384).



Porto Alegre, \_\_\_\_\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_2020.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do (a) requerente