

REQUERIMENTO PARA SOLICITAÇÃO DE AUXILIO INCLUSÃO NA CAA/RS

Prezado Presidente,

Eu, (nome completo)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CPF\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ OABRS \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefones de contato (\_\_\_\_\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
Endereço completo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CEP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ na cidade de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, **REQUERER** o pagamento de **AUXILIO INCLUSÃO** tendo em vista meu diagnóstico ( ) doença mental ( ) doença física, necessitando de ( ) tratamento, ( ) prótese, ( ) órtese, conforme a patologia (especificar a doença) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de CID 10 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Caso deferido o meu pedido, informo os dados bancários para crédito: Banco \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

agência \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, conta bancária nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( ) corrente ( ) poupança, 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 atualizado de comprovação da doença e Código Internacional de Doenças – CID (com indicação de prótese ou órtese, se for o caso);

( ) Cópia da prescrição de medicamentos atualizados (se o pedido por para essa finalidade);

( ) Cópia da nota (s) fiscal(is) ou (3) três orçamentos da(s) medicação(ções) atualizado(s);

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

( ) Cópia da última Declaração de Imposto de Renda atual do casal. No caso de isentos, apresentar documentos de inexistência da declaração;

( ) Cópia do comprovante de rendimentos do INSS ou Certidão Negativa de recebimento de benefícios junto aquele órgão, do casal;

( ) Comprovante de residência.

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

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

Assinatura do (a) requerente