

## REQUERIMENTO DE AUXÍLIO DOENÇA

NOME \_\_\_\_\_ CPF \_\_\_\_\_

ENDEREÇO \_\_\_\_\_

BAIRRO \_\_\_\_\_ CIDADE \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_ TELEFONE \_\_\_\_\_

E-MAIL \_\_\_\_\_ CELULAR \_\_\_\_\_

NOME DO BANCO \_\_\_\_\_ Nº DA AGÊNCIA \_\_\_\_\_ CONTA CORRENTE \_\_\_\_\_

## ORIENTAÇÕES DE PREENCHIMENTO

**Importante: Antes de preencher o formulário consultar as orientações de preenchimento abaixo:**

Preencha o nome e todas as demais informações em letra de forma e sem abreviaturas, o formulário não pode conter rasuras, estar sem data ou assinatura. Nestes casos, a solicitação será indeferida e processada apenas com o recebimento de um novo formulário. O crédito será realizado no último dia deste mês, se a solicitação for recebida pela Previbayer até o 15º dia, ou a partir do mês subsequente, caso recebida a partir do 16º dia do mês corrente.

## ANEXAR OS SEGUINTE DOCUMENTOS

- Cópia simples da Carta de Concessão do Auxílio Doença emitido pelo INSS.
- Cópia da Carta de Decisão fornecida pelo INSS.
- Atestado Médico da doença emitido pela área Medicina do Trabalho da Monsanto.

## Termo de Responsabilidade:

Solicito a concessão do benefício indicado, declarando ter ciência dos critérios estabelecidos no regulamento do Plano de Benefícios da Prevmon CV.

\_\_\_\_\_  
Local\_\_\_\_\_  
Data\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante