



MUNICÍPIO DE DELMIRO GOUVEIA
SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO E RECURSOS HUMANOS
Divisão de Desenvolvimento e Administração de pessoal

REQUERIMENTO DE RETORNO AO TRABALHO APÓS TÉRMINO DE BENEFÍCIO POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA (AUXÍLIO-DOENÇA)

NOME:	
CPF:	
ENDEREÇO:	Nº:
BAIRRO:	CIDADE/UF:
TELEFONE:	EMAIL:
SECRETARIA:	SETOR:
CARGO:	MATRÍCULA(S):

REQUERIMENTO:

Venho solicitar retorno ao trabalho, visto o término do auxílio-doença concedido pelo INSS até o dia ____/____/____, conforme Declaração de Beneficiário do INSS (anexa).

DECLARO neste ato que não possuo, até a presente data, pedido de prorrogação ou de novo afastamento e que comunicarei em tempo hábil qualquer alteração quanto à data de cessação do benefício.

Delmiro Gouveia, ____ de _____ de _____.

Atenciosamente,

**PREFEITURA DE DELMIRO GOUVEIA PREFEITURA DE DELMIRO OUVEIA*
**PREFEITURA DE DELMIRO GOUVEIA PREFEITURA DE DELMIRO OUVEIA*
**PREFEITURA DE DELMIRO GOUVEIA PREFEITURA DE DELMIRO OUVEIA*

Assinatura do requerente

ORIENTAÇÕES / OBSERVAÇÕES:

1. O pedido de retorno deverá ser protocolado após o término do benefício;
2. A Declaração de Beneficiário do INSS pode ser baixada do site do MEU INSS, através do caminho: [MEU INSS > faz o login com CPF e senha GOV.BR > Ver Mais > Declaração de Beneficiário do INSS;](#)

TRÂMITE:

1. Abertura do processo na secretaria de lotação;
2. Apensamento do processo de afastamento ao processo de retorno, pelo RH da Secretaria de lotação;
3. Encaminhamento do servidor ao setor de trabalho;
4. Encaminhamento do processo ao Departamento Pessoal para lançamento em folha, indicando no despacho a data em que o servidor entrou em exercício.

DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA:

Este requerimento, 1 documento de identificação, Declaração de Beneficiário do INSS.