



Instituto de Previdência dos Servidores do
Município de Campos dos Goytacazes - RJ

DECLARAÇÃO PARA REPRESENTANTE DE SERVIDOR

EU, _____, matrícula(s) _____,
cargo/função _____, lotado/o na Secretaria
_____, Registro de Identificação
(RG) _____ CPF _____, nomeio e constituo
como _____ bastante procurador/a
_____, Registro de Identificação
(RG) _____ CPF _____ para
representar-me perante o Setor de Recursos Humanos e Instituto PREVICAMPOS,
por encontrar-me incapacitado de locomover-me, hospitalizado e/ou portador de
moléstia contagiosa/grave, conforme atestado médico anexo, documentos pessoais
válido e oficial com foto de ambas partes.

Com fins específicos de:

- () Representar junto ao Recursos Humanos;
- () Representar junto a Perícia Médica;
- () Receber o Boletim de Inspeção Médica – BIM;
- () Receber o Laudo Médico Pericial da Junta Médica Pericial.
- () Requerer o Encaminhamento para dar entrada com o Processo de Aposentadoria por Invalidez;

Local e data

Assinatura do Servidor/a

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Pelo presente Termo de Responsabilidade, comprometo-me a comunicar ao Instituto PREVICAMPOS qualquer evento que possa anular a presente Procução, no prazo de sete dias.

Local e data

Assinatura do Representante