

ANEXO II
REQUERIMENTO PARA RECEBIMENTO DO
BENEFÍCIO ASSISTENCIAL

Eu, _____,
Registro _____, Vínculo _____, RG _____
CPF _____ aposentado (a) pela SECRETARIA MUNICIPAL
/ SUBPREFEITURA, _____ sou portador(a)
de doença grave relacionada no art. 6º, inciso XIV, da Lei Federal nº 7.713, de 22 de
dezembro de 1988, conforme documentação médica em anexo e **REQUEIRO** a
realização de **PERÍCIA MÉDICA** para fins de concessão do Benefício Assistencial
instituído pelo art. 49 da Lei Municipal nº 17.969, de 23 de junho de 2023.

Para tal finalidade AUTORIZO que a Prefeitura Municipal de São Paulo, através da
unidade de gestão de pessoas do Órgão em que ocorreu minha aposentadoria e a
Coordenadoria de Gestão de Saúde do Servidor, da Secretaria Municipal de Gestão,
realize o tratamento dos meus dados pessoais, de acordo com os artigos 7º e 11 da Lei
Federal nº 13.709, de 14 de agosto de 2018.

Estou ciente que a documentação médica será digitalizada e passará a tramitar pelo
Sistema Eletrônico de Informação – SEI, em caráter restrito, em processo eletrônico
aberto para esta finalidade específica, com acesso pela Coordenadoria de Gestão de
Saúde do Servidor, da Secretaria Municipal de Gestão.

São Paulo, _____ / _____ / _____

assinatura

INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Endereço: _____

Nº _____ Complemento: _____ Bairro: _____

Cidade _____ Estado _____ CEP _____

Telefone (1) _____ Telefone (2) _____

E-mail: _____

CONTATOS PARA RECADOS:

Contato (1) _____ Telefone: _____

Contato (2) _____ Telefone: _____