



## DIREITOS DEIXADOS POR FALECIMENTO

Ilmo. Sr.

Secretário Municipal de Recursos Humanos

Eu, \_\_\_\_\_,  
abaixo assinado, \_\_\_\_\_ do(a) servidor(a) \_\_\_\_\_,  
matrícula \_\_\_\_\_, c. custo \_\_\_\_\_, falecido(a) em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_,  
vem mui respeitosamente requerer junto a V.Sa., determinar ao setor competente a efetuar o  
pagamento dos **direitos deixados**.

N. Termos

P. Deferimento

Campinas, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO(A) REQUERENTE

CPF:

C. CORRENTE:

\_\_\_\_\_  
ENDEREÇO - RUA / AV.:

\_\_\_\_\_  
BAIRRO:

\_\_\_\_\_  
CEP:

\_\_\_\_\_  
CIDADE:

\_\_\_\_\_  
ESTADO:

\_\_\_\_\_  
TELEFONE: