

Ao:  
**SINDSAÚDE/CE.**

**REQUERIMENTO AUXÍLIO FUNERAL**

Pelo presente, venho requerer o benefício acima mencionado, benefício este garantido pelo **SINDSAÚDE/CE** ao (a) dependente de sócio falecido. O valor corresponde a 30% (trinta por cento) sobre o salário vigente no País. Para tanto, anexo a este, **cópias legíveis** dos seguintes documentos: ATESTADO DE ÓBITO/CONTRA CHEQUE ATUALIZADO/IDENTIDADE (**FRENTE E VERSO**) DO (A) SÓCIO (A) FALECIDO (A), BEM COMO DO (A) DEPENTE BENEFICIADO (A)/DADOS BANCÁRIOS (**ATENÇÃO AO FORNECIMENTO DESTES PARA QUE SE EVITEM ENGANOS NA HORA DO PAGAMENTO**).

Fortaleza, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_.  
Assinatura do (a) Beneficiário (a)

**DADOS DO (A) SÓCIO (A)**

NOME				MAT. SINDICAL	
EMP. NA QUAL TRABALHAVA					
BENEFICIÁRIO (A)				CPF	
BANCO	AGÊNCIA		CONTA		
TIPO DE CONTA	CORRENTE	POUPANÇA	POUPANÇA FÁCIL		
CONTATOS	FONE 01	FONE 02			

↓ ↓ ↓ ↓ -----VIA DEPENDENTE - DESTACAR AQUI----- ↓ ↓ ↓ ↓

Recebemos requerimento para pagamento do auxílio funeral, face ao falecimento do (a) sócio (a): \_\_\_\_\_  
mat. sindical nº \_\_\_\_\_, através de seu/sua dependente, o (a) senhor (a) \_\_\_\_\_.  
Pedimos constatar com nosso setor financeiro através dos fones: (85) 3255-4552 ou (85) 99857-4962.

Fortaleza, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2020.

Assinatura  
Funcionária SINDSAÚDE/CE