



## EXMO SR. PREFEITO DO MUNICÍPIO DE ARAPONGAS-PR

### REQUERIMENTO AUXÍLIO AO FILHO DEFICIENTE

Eu, \_\_\_\_\_, infra-assinado(a),  
portador(a) do CPF nº \_\_\_\_\_, residente  
à \_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_\_,  
Bairro \_\_\_\_\_,  
telefone \_\_\_\_\_, matrícula nº \_\_\_\_\_, exercendo o cargo de  
\_\_\_\_\_, lotado(a) na  
\_\_\_\_\_, vem respeitosamente  
**REQUERER AUXÍLIO AO FILHO DEFICIENTE**, de conformidade com o art. 195 e  
parágrafos da Lei 4.451, de 25.01.16 (Estatuto dos Servidores Públicos Municipais de  
Arapongas).

Desde já, declara estar ciente que: a deficiência física ou mental deverá  
ser comprovada por junta médica oficial do município / que não terá direito ao auxílio o  
servidor cujo filho portador de necessidades especiais esteja percebendo renda de trabalho  
ou benefício previdenciário / e que no caso de ambos os pais serem servidores públicos, o  
auxílio será pago somente a um deles.

Nestes termos,

Pede deferimento.

#### **JUSTIFICATIVAS:**

---

---

---

---

---

---

---

---

Arapongas, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

---