

SETOR DE CONTROLE DE RECEITAS
FORMULÁRIO Nº 01 – Comunicado de afastamento



**Preenchimento pelo Órgão de Origem*
 (preenchimento obrigatório de todos os campos)

DADOS DO REQUERENTE

NOME COMPLETO:			
ID FUNCIONAL:		CPF:	
ENDEREÇO:			
CEP:		BAIRRO:	
CIDADE:		ESTADO:	
TELEFONE FIXO:	()	TELEFONE CELULAR:	()
E-MAIL:			
TIPO DE AFASTAMENTO:	<input type="checkbox"/> Licença para tratar de interesse particular <input type="checkbox"/> Licença para acompanhar cônjuge <input type="checkbox"/> Cedência sem ônus para origem <input type="checkbox"/> Mandato Eletivo <input type="checkbox"/> Outros: _____		
DATA INICIO DO AFASTAMENTO:		DATA TÉRMINO DO AFASTAMENTO:	
ÓRGÃO DE ORIGEM / CEDENTE:			
ÓRGÃO CESSIONÁRIO (apenas para cedência):			

Ao

IPE Prev / Serviço de Controle de Receitas,

Comunico meu afastamento das atividades funcionais de acordo com a seção V da Lei Complementar nº 15.142/2018, ciente do art. 9º da referida lei: "Suspende-se a inscrição e o direito ao benefício do segurado que deixar de contribuir para o RPPS/RS por mais de 3 (três) meses consecutivos ou 6 (seis) meses intercalados, até a quitação dos débitos."

_____, _____ de _____ de _____.

 Assinatura do requerente

USO EXCLUSIVO DO ÓRGÃO DE ORIGEM

Carimbo do Órgão Informante

Data: ____/____/____

Matrícula do Responsável: _____

Assinatura e carimbo do Responsável: