



Tipo de Requerimento _____ **Tipo de Requerimento** _____

Afastamento **sem** Internação Hospitalar Afastamento **com** Internação Hospitalar Óbito

Na data de / / Na data de / / Na data de / /

Dados do Requerente

Nome do Requerente _____ CPF _____

Tipo de vínculo com o profissional _____ Identidade _____ Órgão Expedidor / UF _____

Endereço _____

Complemento _____ Ponto de Referência _____

Município / Estado _____ CEP _____

Banco _____ Agência _____ Conta corrente _____

E-mail: _____ Telefone _____

Dados do Profissional

Órgão/Entidade de lotação do Profissional _____

Nome do Profissional _____ Matrícula _____

Nome Social _____ Vínculo

Estatutário Por Contrato Por Convênio Pessoa Jurídica

Relação de Dependentes

Nome Completo	Data de Nascimento	Parentesco
1. _____	/ /	
2. _____	/ /	
3. _____	/ /	
4. _____	/ /	
5. _____	/ /	

Observações / Dados Complementares _____

- Documentos Preliminares Necessários:
- | | | |
|---|--|--|
| <p>Para Afastamento com internação hospitalar:</p> <p>1. do Requerente :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Documento de identidade (RG) - CPF <p>2. do Profissional:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Atestado de Internação Hospitalar - Exame que comprove o diagnóstico de COVID-19 emitido pelo Laboratório Central de Saúde Pública Professor Gonçalves Moniz - LACEN/BA | <p>Para Afastamento sem internação hospitalar:</p> <p>1. do Requerente :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Documento de identidade (RG) - CPF <p>2. do Profissional:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Exame que comprove o diagnóstico de COVID-19 emitido pelo Laboratório Central de Saúde Pública Professor Gonçalves Moniz - LACEN/BA | <p>Para Óbito:</p> <p>1. do Requerente :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Documentos que comprovem a situação de dependente previstos na Lei Federal nº 8.213, de 24 de julho de 1991 - Documento de identidade (RG) - CPF <p>2. do Profissional:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Atestado de Óbito com exame que comprove o diagnóstico de COVID-19 emitido pelo Laboratório Central de Saúde Pública Professor Gonçalves Moniz - LACEN/BA |
|---|--|--|

- Preencher o formulário em letra legível e de forma.
- Apresentar o original dos documentos para fins de conferência dos registros efetuados no formulário.
- Anexar ao formulário, a documentação solicitada em original ou cópia autenticada.
- Documentos poderão ser autenticados, mediante a apresentação do original.
- Tire suas dúvidas através do telefone: (71) 3115-8401 (SAS/SUPERH) ou pelo e-mail: auxilioexcepcional@saude.ba.gov.br

Obs.: Só será autuado o requerimento devidamente preenchido, assinado e com documentação completa.

Para Estatutário, Cargo em Comissão e REDA

Declaro, sob as penas em lei, que todas as informações prestadas neste formulário e toda a documentação a este anexa são verdadeiras. Declaro, ainda, que estou ciente de que o auxílio excepcional e temporário é devido unicamente nos termos e para os efeitos previstos na Lei nº 14.266, de 22 de maio 2020.

Data _____ Assinatura Requerente _____

Para demais Profissionais

Declaro, sob as penas em lei, que todas as informações prestadas neste formulário e toda a documentação a este anexada são verdadeiras. Declaro, ainda, que estou ciente de que o auxílio excepcional e temporário é devido unicamente nos termos e para os efeitos previstos na Lei nº 14.266, de 22 de maio 2020, e de que o seu pagamento não configura qualquer vínculo de emprego deste requerente com o Estado da Bahia e nem gera qualquer outro efeito ou repercussão nos valores percebidos por este profissional a qualquer título.

Data _____ Assinatura Requerente _____