

SOLICITAÇÃO DE SUPERPREFERÊNCIA EM PRECATÓRIO

Nome Completo: _____

Nacionalidade: _____

Estado Civil: _____

RG: _____

CPF: _____

Data de Nascimento: _____

Endereço Completo: _____

CEP: _____

Matrícula: _____

Celular: _____

Motivo da Solicitação de Superpreferência:

Doença Grave

Deficiência

Moléstia do Trabalho

Descrição da Doença ou Condição:

CID (Classificação Internacional de Doenças): _____

Documentos em Anexo:

- Laudo médico atualizado contendo o CID e comprovando a condição de saúde ou deficiência

- Documentos adicionais que comprovem a condição para solicitação de superpreferência

Declaração:

Declaro, sob as penas da lei, que as informações aqui prestadas são verdadeiras e que os documentos anexados refletem minha condição de saúde atual.

Data: _____

Assinatura: _____