

**PETROS****PEDIDO DE SUPLEMENTAÇÃO DE AUXÍLIO-DOENÇA****PPSP-R/NR**

TTD: 100.7

Representação	Data	Protocolo	Tipo do Benefício <b>Auxílio-Doença</b>		
<b>DADOS DO PARTICIPANTE</b>					
Nome					Matrícula Petros
Estado Civil	Gênero	Data nascimento	Nacionalidade	Naturalidade	CPF
Cart. Ident.	Emitente	UF	Data Emissão	E-mail	
<b>DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL</b>					
Nome				Tipo: ( ) Tutor ( ) Curador ( ) Procurador	
Estado Civil	Gênero	Data nascimento	Nacionalidade	Naturalidade	CPF
Cart. Ident.	Emitente	UF	Data emissão	Matrícula Petros	
<b>DADOS BANCÁRIOS - BANCO SANTANDER (Anexar comprovante bancário)</b>					
Agência (código/nome)				Nº Conta	<input type="text"/>
UF	Observação: Todos os benefícios solicitados a partir de 01/03/2020 serão pagos, obrigatoriamente, no Banco Santander			( ) O Próprio ( ) Representante Legal	
<b>ENDEREÇO</b>					
Logradouro (Rua, Av., Praça, etc.)				Nº	Complemento
Bairro	Localidade	UF	CEP	Telefone ( )	
Requerente			Em caso de rogo		
Local e data			_____ Signatário		
Assinatura			_____ 1ª testemunha (Representante Petros)		
			_____ 2ª testemunha		
<b>PARA USO DO REPRESENTANTE PETROS</b>					
Conferi a regularidade dos documentos anexados e comprovei a identidade do Requerente.					
_____ Data		_____ Carimbo e Assinatura do Representante Petros			
<b>PARA USO DA GERÊNCIA DE ARRECAÇÃO E PAGAMENTO DE BENEFÍCIOS</b>					
PSB recebido em	Carimbo e rubrica			Nº CCB	