**<<TIMBRE DA UNIDADE DE ENSINO>>**

**DECLARAÇÃO DE REENCAMINHAMENTO AO INSS**

Ao

Instituto Nacional do Seguro Social – INSS,

A <<NOME DA UNIDADE>> do Centro Estadual de Educação Tecnológica Paula Souza, para fins de REENCAMINHAMENTO para requerimento de Auxílio por Incapacidade Temporária (Auxílio-Doença) junto ao Instituto Nacional do Seguro Social – INSS, declara que o(a) Sr.(a) <<Nome do(a) Empregado(a)>>, inscrito(a) no CPF sob o nº <<número do CPF>>, empregado(a) lotado(a) nesta Unidade de Ensino, afastou-se na seguinte conformidade:

a) Afastamento pelo(s) CID(s) <<CIDs>>, com concessão de benefício até ­­­\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_;

b) Retorno às atividades em \_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_;

c) Novo afastamento de <<quantidade de dias>> - CID(s) <<CIDs>>, isto é, pela mesma doença, a partir de \_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Informamos, ainda, que o último dia trabalhado foi \_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Atenciosamente,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do Diretor de Serviço – Área Administrativa

\* A declaração poderá ser digitalizada e enviada via e-mail oficial cadastrado pelo empregado(a), o qual deverá responder confirmando o recebimento.