



DECLARAÇÃO DE RECUSA DE ASSISTÊNCIA FUNERAL

Eu, _____,
servidor público e sócio da ASSECAD, RG. _____ Órgão
Expedidor: _____, TELEFONE: () _____ - _____
E-mail: _____
Endereço: _____
Cidade: _____, Estado: _____
Órgão: _____
Cargo: _____
Matricula Funcional: _____, C.P.F. _____

Declaro e Expresso, para todos os fins de direito e sob as penas da lei, **que é de minha livre opção a recusa do benefício de assistência funeral oferecido a mim e meus dependentes legais**, pela Associação dos Servidores da Secretaria da Administração do Tocantins - ASSECAD.

Declaro ainda, para todos os fins de direito e sob as penas da lei, **que nem eu e meus dependentes legais buscaremos assistência funeral** oferecida GRATUITAMENTE pela Associação dos Servidores da Secretaria da Administração do Tocantins – ASSECAD, aos associados e seus dependentes legais.

Palmas-TO, ____ de ____ de 2021.

Assinatura do Recusante
CPF: _____