



Excelentíssimo:

<input type="checkbox"/>	Prefeito
<input type="checkbox"/>	Secretario (a)

NOME: MARIA DA SAUDE PIRES DA SILVA	CPF: 856.944.104-59
-------------------------------------	---------------------

CARGO OU FUNÇÃO: PROFESSOR	MATRICULA Nº: 116
----------------------------	-------------------

SECRETARIA: DE EDUCAÇÃO	LOCAL DE TRABALHO: ESCOLA JOAQUIM TAVARES DE SA
-------------------------	---

**VEM MUI RESPEITOSAMENTE PERANTE V. EX<sup>a</sup>. REQUERER:**

Marque com um X, uma das opções abaixo

<input type="checkbox"/> ANOTAR DIPLOMA OU/ CURSO	<input type="checkbox"/> SALÁRIO FAMÍLIA
<input type="checkbox"/> AVERBAR TEMPO DE SERVIÇO	<input type="checkbox"/> AUT. P/ CONT. DE TEMPO P/ L. PRÊMIO
<input type="checkbox"/> FÉRIAS – GOZAR	<input type="checkbox"/> AUT. P/ CONT. TEMPO P/ APOSENTADORIA
<input checked="" type="checkbox"/> APOSENTADORIA	<input type="checkbox"/> REMOÇÃO
<input type="checkbox"/> CERT. DE TEMPO DE SERVIÇO	<input type="checkbox"/> READAPTAÇÃO DE CARGO
<input type="checkbox"/> EXONERAÇÃO	<input type="checkbox"/> RETIFICAÇÃO DE NOME
<input type="checkbox"/> LICENÇA PRÊMIO	<input type="checkbox"/> AUTORIZAÇÃO DE LICENÇA PREMIO
<input type="checkbox"/> LICENÇA À GESTANTE	<input type="checkbox"/> DECLARAÇÃO
<input type="checkbox"/> LICENÇA SEM VENCIMENTOS	<input type="checkbox"/> OUTROS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:
Solicito concessão de benefício de aposentadoria.

*Maria da Saúde Pires da Silva*  
ASSINATURA DO REQUERENTE

\_\_\_\_\_  
AUTORIZAÇÃO DO GESTOR

Data: 08/03/2022

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_