



Excelentíssimo:

Prefeito

Secretario (a)

NOME: WELLINGTON DE SOUZA BEZERRA CPF: 505 879 274 53

CARGO OU FUNÇÃO: PROFESSOR MATRICULA Nº. 270

SECRETARIA: EDUCAÇÃO LOCAL DE TRABALHO: GRUPOS

**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 FAMILIA
<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 A CONTEMPLAÇÃO DO BENEFÍCIO DE APOSENTADORIA

Wellington de Souza Bezerra -  
ASSINATURA DO REQUERENTE

AUTORIZAÇÃO DO GESTOR

Data: 01/08/2022

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