



Excelentíssimo:

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

NOME: <i>Dania Joselaine Gomes Binui</i>	CPF: <i>449.928.664-68</i>
--	----------------------------

CARGO OU FUNÇÃO: <i>Agente Administrativa, Sim</i> <i>bole PE</i>	MATRICULA N°. <i>2178-3</i>
--	-----------------------------

SECRETARIA: <i>Educação</i>	LOCAL DE TRABALHO: <i>Escola</i> <i>Joaquim Soares de Sá</i>
-----------------------------	---

VEM MUI RESPEITOSAMENTE PERANTE V. EX^a. 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 o benefício de Aposentadoria Voluntária por
Suplemento de Saúde.

Maria Joselaine Binui
ASSINATURA DO REQUERENTE

AUTORIZAÇÃO DO GESTOR

Data: 20/04/23

Data: ___/___/___