REQUERIMENTO

Assunto:

Dados do(a) Requerente:

Nome Completo:		Cpf nº	
Data de Nascimento:	Natural de:		
Sexo:	Estado Civil:		
RG Nº	Órgão Emissor:	Data de Emissão:	
Endereço Completo:		Complemento:	
Bairro:	Cidade:		Estado:
CEP:	Telefone:	Celular:	
E-mail:			

Dados do(a) Servidor(a):

Nome Completo:	Matrícula:
Lotação:	
Cargo:	Nível:

Nestes termos,
P. Deferimento

João Pessoa, _____ de _____ de _____

Declaro estar ciente que após a instrução do processo, a PBPrev entrará em contato para informar alguns dados referente benefício solicitado, caso não atenda ou não procure esta Autarquia, no prazo de 03 (três) dias, a inércia será entendida como anuência para publicação.

_____

Assinatura do(a) Requerente

Testemunhas (*apenas nos casos de assinatura por digital, anexar cópias de RG e CPF*)

Nome Completo: Assinatura:

1. _____ _____

2. _____ _____