



ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM
SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO E FINANÇAS

REQUERIMENTO DE APOSENTADORIA

Nome do Servidor (a): **Sonia Patricia Nunes Vitor**

Matrícula nº **70.118**

R.G.: **20074194865 SSPDS/CE** CPF: **324.371.533-49**

Data do Nascimento: **16/12/1965**

Endereço: **Av 13 de Junho, 588**

Cargo/Função: **Atendente de Serviço Médico** Classe: **ADO** Nível: **I**

Órgão de Lotação: **Saúde**

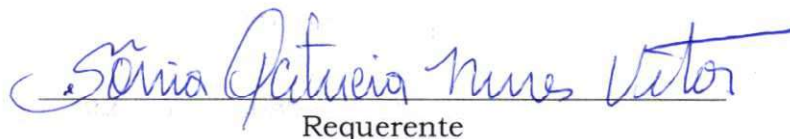
Exercício : **ADS-13**

Data de Admissão: **01/06/1988**

Vem, respeitosamente, requerer o benefício de Aposentadoria:

- Por tempo de contribuição;
 Por tempo de contribuição (Professor);
 Por idade;
 Por invalidez;
 Outros a especificar:

Quixeramobim-CE, **16** de **dezembro** de 2020.


Requerente



Protocolo de Recebimento