ESTADO DE PERNAMBUCO
PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMARAGIBE
FUNDO PREVIDENCIÁRIO DO MUNICÍPIO DE CAMARAGIBE - FUNPRECAM

REQUERIMENTO

NOME DO REQUERENTE:			
ENDEREÇO:			
BAIRRO:		CEP:	
CIDADE:		ESTADO:	
TELEFONE:			
MATRÍCULA:	CPF:	RG:	

ASSUNTO:

Número do Protocolo:	ATENÇÃO
	A presente declaração é a expressão da verdade. Nestes termos pede deferimento Camaragibe, PE ____ de _____ de ____
	Assinatura