



GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ
SECRETARIA DE ESTADO DE EDUCAÇÃO
SECRETARIA ADJUNTA DE GESTÃO DE PESSOAS
DIRETORIA DE ORGANIZAÇÃO DE PESSOAL
COORDENADORIA DE APOSENTADORIA

REQUERIMENTO DE APOSENTADORIA VOLUNTÁRIA

NOME*:	
MATRÍCULA*:	DATA DE NASCIMENTO*:
CPF*:	PIS/PASEP:
SEXO*:	CEP*:
ENDEREÇO (RUA, AVENIDA, PRAÇA)*:	
NÚMERO*:	COMPLEMENTO*:
BAIRRO*:	MUNICÍPIO*:
UF*:	TELEFONE*:
CARGO EFETIVO/FUNÇÃO*:	ORGÃO DE ORIGEM*:
EMAIL:	

REQUER A CONCESSÃO DE:

APOSENTADORIA VOLUNTÁRIA (CONFORME TERMO DE OPÇÃO POR REGRA ANEXO)

LOCAL, _____ DATA: ____/____/____

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

(Cargo/Função e matrícula do responsável do órgão/entidade).

NOME DO SERVIDOR
(Cargo/Função e matrícula)

* (SE FOR FÍSICO PODE SER SUBSTITUÍDO PELA ASSINATURA E CARIMBO DE AMBOS).

*Campos de preenchimento obrigatório