

ESTADO DO ACRE

INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DO ESTADO DO ACRE – ACREPREVIDÊNCIA

|  |
| --- |
| **REQUERIMENTO** |
| **EXCELENTÍSSIMO PRESIDENTE DO ACREPREVIDÊNCIA** |
| Nome: |  |
| Matrícula: |  | Lotação: |  |
| CPF: |  | R.G: |  |
| Endereço: | Número: |  |
| Município/UF: | CEP: |  |
| Telefone: |  | Telefone: |  | E-mail: |  |
|  |
| **Requer:** |

Rio Branco, \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2024.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura

Rua Benjamin Constant, nº 351, Cerâmica - CEP 69.905-072 Rio Branco - Acre

Fone: 3215- 4309/4300

E-mail: gabinete.acreprevidencia@gmail.com