Ilmo Sr. Secretário da Fazenda

NOME DO BENEFICIÁRIO(A), RG, CPF, residente a, nº, bairro, São José dos Campos/SP, viúvo(a) ou filho(a) de (nome do servidor), RG, CPF, CARGO/FUNÇÃO-ATIVIDADE, SUBQ.TAB. - QUADRO, FAIXA - NÍVEL, da E. E., em São José dos Campos, Diretoria de Ensino Região de São José dos Campos, falecido(a) em, requer o pagamento a título de indenização, de período de Licença Prêmio não usufruída.

- Certidão nº, (período de, publicação em D.O.E. de; Certidão com () dias restantes.

Para qualquer efeito legal, nos termos da LC 1048/2008.

Pelo Deferimento,

São José dos Campos, de de .

Assinatura do beneficiário(a)

(Autenticação em Cartório)