



**PREFEITURA MUNICIPAL DE DIVINÓPOLIS**  
SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO, ORÇAMENTO, INFORMAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA  
*DIRETORIA DE ADMINISTRAÇÃO*  
Avenida Paraná nº 2.601 – Sala 308 – São José – 35.501-170 – Divinópolis/MG  
Telefones: (37) 3229-8152 / 3229-8162

## **ABONO DE PERMANÊNCIA: (DEVOLUÇÃO DA CONTRIBUIÇÃO PREVIDENCIÁRIA)**

**Ilmo(a) Sr.(a)**

**Diretor(a) de Administração**

Eu, \_\_\_\_\_,  
portador(a) do CPF nº \_\_\_\_\_, detentor(a) do cargo efetivo de \_\_\_\_\_,  
matriculado(a) sob o nº \_\_\_\_\_, lotado(a) na Secretaria Municipal de \_\_\_\_\_,  
venho requerer o Abono de Permanência instituído pela Emenda Constitucional nº 41, de 19/12/2003.

Telefone: ( ) \_\_\_\_\_ Celular: ( ) \_\_\_\_\_.

Email: \_\_\_\_\_.

Endereço: \_\_\_\_\_, nº: \_\_\_\_\_,

Complemento: \_\_\_\_\_, Bairro: \_\_\_\_\_,

CEP: \_\_\_\_\_, Cidade: \_\_\_\_\_, Estado: \_\_\_\_\_.

Divinópolis, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
- Assinatura do(a) Requerente -