

MARINHA DO BRASIL
ESCOLA DE APRENDIZES-MARINHEIROS DO CEARÁ

REQUERIMENTO AO SETOR DE IMH

REQUERENTE: _____.

NIP: _____ POSTO/GRADUAÇÃO: _____.

TELEFONE PARA CONTATO: _____.

POSSUI DEPENDENTES: () NÃO () SIM. Se sim, informar abaixo Nome e NIP dos dependentes:

_____.

Solicito esclarecimentos sobre o desconto INHOS implantado em meu Bilhete de Pagamento a partir do seguinte mês: _____.

Fortaleza, ___/___/_____.

Requerente

OBS.: a) Este Requerimento possui prazo de até 15 dias úteis para ser respondido.

b) Constará do Requerimento cópias dos serviços usufruídos e utilizados para desconto IMH, conforme preconizado pela DGPM-401.

c) Na persistência de dúvidas, o Requerente poderá agendar horário pelo telefone 3288-4755 ou e-mail : imh.eamce@marinha.mil.br, para comparecimento ao Setor de IMH, portanto este requerimento para demais esclarecimentos.

DESTACAR PARA USUÁRIO

DATA: ___/___/_____.

Requerimento será respondido em até 15 dias úteis.

Maiores informações no telefone 3288-4755 ou e-mail : imh.eamce@marinha.mil.br