



**REQUERIMENTO**

Informações do requerente:

Nome: <b>HERBE PEREIRA COLAÇO</b>			
CPF/CNPJ: <b>318.356.484-20</b>	Estado civil: <b>CASADA</b>	Telefone: <b>33 99543 - 3530</b>	
Endereço: <b>R. CLEMENTE FERREIRA, 51</b>			
Bairro: <b>CENTRO</b>	Cidade: <b>CAAPORÁ</b>	UF: <b>PB</b>	CEP: <b>58326-000</b>
Cargo:	Lotação:	Matricula:	
E-mail:		RG:	

Venho requerer de Vossa Senhoria:

<input type="checkbox"/>	Certidão
<input type="checkbox"/>	Licença prêmio
<input type="checkbox"/>	Licença sem vencimento
<input type="checkbox"/>	Férias
<input checked="" type="checkbox"/>	Outros - Especificar
Justificativa/ Exposição de Motivos/ Outras Informações Complementares: <b>SOLICITO O EXTORNO DO PAGAMENTO DA TAXA DA VIGILANCIA SANITARIA, MOTIVO: SERÁ FOLTO PELO GOVERNO ESTADUAL DA PAMÍBA.</b>	

Caaporá, 30 de Janeiro de 20 19.

  
ASSINATURA DO REQUERENTE