



REQUERIMENTO

Informações do requerente:

Nome:	Antonio Augusto Lima Campos						
CPF/CNPJ:	055.388.454-94	Estado civil:	Solteiro				
Endereço:	Av. Coremas, 287		Telefone:	81.9.9990.4380			
Bairro:	CENTRO	Cidade:	João Pessoa	UF:	PB	CEP:	
Cargo:	ARTE-educabr	Lotação:	CAPS	Matricula:	10000194		
E-mail:	antoniosim@gmail.com		RG:	6.358.362			

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:
Por ser servidor, profissional de saúde, solicito os benefícios / Gratificação de:
• Imalubridade
• Periculosidade - por ser profissional do programa - CAPS

Caaporá, 09 de abril de 2019

Antonio Augusto L. Campos
ASSINATURA DO REQUERENTE