



REQUERIMENTO

Informações do requerente:

| | | | | | |
|-----------|---------------------------------------|---------------|---------|------------|-----------|
| Nome: | Sorileide Jorge da Silva Veiga | | | Telefone: | 44076740 |
| CPF/CNPJ: | 706686394-15 | Estado civil: | casada | | |
| Endereço: | R. Maria e José de Albuquerque N: 177 | | | | |
| Bairro: | São Pedro | Cidade: | Caaporá | UF: | PB |
| Cep: | | | | CEP: | 58326000 |
| Cargo: | Despachante | Lotação: | Saúde | Matricula: | 184 |
| E-mail: | | | | RG: | 1.483.128 |

Venho requerer de Vossa Senhoria:

| | |
|--|------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Cartidão |
| <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: | |
| Solicito uma Licença pois necessito fazer uma cirurgia da vista - 3 meses. | |

Caaporá, _____ de _____ de 20_____

Sorileide Jorge da Silva Veiga
ASSINATURA DO REQUERENTE