



**REQUERIMENTO**

Informações do requerente:

Nome: Fabio Dias de Oliveira	
CPF/CNPJ: 048.357.684-00	Estado Civil:
Endereço: Rua Coronel Monteiro, 149	Telefone(83) 991115019
Bairro: Centro	UF: PB
Cidade: Caapora	CEP: 58.326-000
Cargo: Motorista	Matrícula:
Lotação: Sec. Saúde	

Venho requerer de Vossa Senhoria:

Certidão	
Licença prêmio	
Licença sem vencimento	
Férias	
Outros – Especificar	X
Justificativa/Exposição de Motivos/ Outras Informações Complementares:	
Solicitação de reconhecimento de dívida: Venho por meio deste solicitar o pagamento dos 15 dias trabalhados no mês de setembro de 2017, refere a locação de veículo tipo CHEVROLET/COBALT 1.4 LTZ, placa NQB 2383/PB, para ficar à disposição da secretaria de saúde no transporte de pessoas enfermas.	

Caapora, 24 de 11 de 2017

ASSINATURA DO REQUERENTE

*Fabio Dias de Oliveira*