



REQUERIMENTO

Informações do requerente:

Nome: Severino Ramos de Oliveira			
CPF/CNPJ: 759.819.204-91	Estado Civil:	Telefone: (83) 99918-1176	
Endereço: Rua João Dias Correia, 21			
Bairro: Conj. São João	Cidade: Caaporã	UF: PB	CEP: 58.326-000
Cargo:	Lotação:	Matricula:	

Venho requerer de Vossa Senhoria:

	Certidão
	Licença prêmio
	Licença sem vencimento
	Férias
X	Outros – Especificar
	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 CHEV/SPIN 1.8L ATZ, placa OGA 3503/PB, para ficar à disposição da secretaria de saúde no transporte de pessoas enfermas.

Caaporã, 20 de NOVEMBRO de 2017



ASSINATURA DO REQUERENTE