

REQUERIMENTO

Informações do requerente:

Nome: José Carlos da Silva Sobrinho			
CPF/CNPJ: 503.884.794-34	Estado Civil:	Telefone: (83) 99330-3758	
Endereço: Rua Senador Felinto Muller, 12			
Bairro: Centro	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 FIAT/SIENA ATTRACTI, placa OXO 8450/PB, para ficar à disposição da secretaria de saúde no transporte de pessoas enfermas.

Caaporã, 20 de NOVEMBRO de 2017

JOSÉ CARLOS DA SILVA SOBRINHO
ASSINATURA DO REQUERENTE