



REQUERIMENTO

Informações do requerente:

Nome: Edilson Severino da Costa			
CPF/CNPJ: 024.701.934-86	Estado Civil:	Telefone: (83) 99156-1147	
Endereço: Rua Aprigio Ferreira, 262			
Bairro: Mutirão	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/SPLIN 1.8L MT LT, placa OGB 7039/PB, para ficar à disposição da secretaria de saúde no transporte de pessoas enfermas.

Caaporã, 20 de 11 de 2017

ASSINATURA DO REQUERENTE