



REQUERIMENTO

Informações do requerente:

Nome: <u>SILEIDE DA SILVA ALVES</u>			
CPF/CNPJ: <u>73343315400</u>	Estado civil: <u>SOLTEIRA</u>	Telefone: <u>83 99406-5148</u>	
Endereço: <u>RUA CORONEL BARATA, 49</u>		<u>83 98682-1839 ZAP.</u>	
Bairro: <u>33 DE MAIO</u>	Cidade: <u>JOÃO PESSOA</u>	UF: <u>PB</u>	CEP: <u>58025-300</u>
Cargo: <u>AUX. ENFERMAGEM</u>	Lotação: <u>SAÚDE</u>	Matricula: <u>9515</u>	
E-mail: <u>Sileidebolmais@hotmail.com</u>		RG: <u>2003666</u>	

Venho requerer de Vossa Senhoria:

<input type="checkbox"/>	Certidão
<input checked="" 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 a licença prêmio, por motivo de tratamento de doenças crônicas, no momento estou impossibilitada de realizar viagens longas, pois, tive um agravio no meu quadro de saúde devido o transporte. Evitando os atestados e faltas, prejudicando o serviço.

Caaporá, 13 de março de 20 19.

Sileide da Silva Alves
ASSINATURA DO REQUERENTE