



REQUERIMENTO

Informações do requerente:

Nome: <i>Sorielis de Souza da Silva Veiga</i>			
CPF/CNPJ: <i>70668639/15</i>	Estado civil: <i>Casada</i>	Telefone: <i>94076740</i>	
Endereço: <i>R. Maria Eson de Albuquerque N: 177</i>			
Bairro: <i>São Pedro</i>	Cidade: <i>Caaporá</i>	UF: <i>PB</i>	CEP: <i>58326000</i>
Cargo: <i>Despachante</i>	Lotação: <i>Saúde</i>	Matricula: <i>184</i>	
E-mail:		RG: <i>1.483.128</i>	

Venho requerer de Vossa Senhoria:

<input type="checkbox"/>	Certidão
<input 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: <i>Solicito uma Licença pois necessito fazer uma cirurgia da vista - 3 meses.</i>	

Caaporá, _____ de _____ de 20_____

Sorielis de Souza da Silva Veiga
ASSINATURA DO REQUERENTE