



REQUERIMENTO

Informações do requerente:

Nome:	Luciane de Fátima Fernandes de Carvalho						
CPF/CNPJ	520309624-49	Estado civil:	CASADA	Telefone:	98111-7207		
Endereço:	R. das Margaridas nº 18			UF:	PB	CEP:	58326-000
Bairro:	maripabeira	Cidade:		UF:	PB	CEP:	58326-000
Cargo:	Enfermeira	Lotação:	SAÚDE	Matrícula:	1561		
E-mail:	lucianefatimafernandes@gmail.com			RG:	1425968		

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 type="checkbox"/>	Outros - Especificar <i>Incapacidade</i>
Justificativa/ Exposição de Motivos/ Outras Informações Complementares: <i>Atividade profissional em CAPS.</i>	

Caaporá, 26 de 04 de 2019

Luciane F F de Carvalho
ASSINATURA DO REQUERENTE