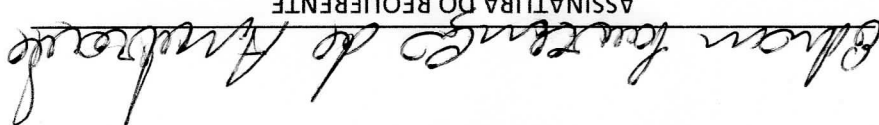


ASSINATURA DO REQUERENTE


Caapora, 14 de NOVEMBRO de 2017

Certidão	
Licença prêmio	
Licença sem vencimento	
Férias	
Outros - Especificar	X
Justificativa/Exposição de Motivos/ Outras Informações Complementares:	Solicitação de reconhecimento de dívida: Venho por meio deste solicitar o pagamento dos meses de setembro e outubro de 2017, refere a locação de veículo tipo KOMBI, placa KJB 6518/PE para ficar à disposição da secretaria de saúde.

Venho requerer de Vossa Senhoria:

Nome: Edson Lourenço de Andrade	
CPF/CNPJ: 043.560.174-12	Estado Civil: Telefone: (83) 991478918
Endereço: Rua Nova Caapora, s/n	
Bairro: Centro	Cidade: Caapora
UF: PB	CEP: 58.326-000
Carga: Motorista	Matrícula: Lotação: Sec. Saúde

Informações do requerente:

REQUERIMENTO