

FORMULÁRIO DE REQUERIMENTO

NUMERO DO PROTOCOLO

Excelentíssimo Sr. Prefeito,

Eu, Roberto Mota Araújo Reis, Servidor(a) Público Municipal,
Cadastro Funcional nº 6289, ocupante do Cargo de Moto R. 52
lotado(a) no SECRETARIA DE SAÚDE,
vinculado(a) à Secretaria Municipal de SAÚDE, vem
a presença de V.Exa., requerer:

Venho por meio deste solicitar o meu pagamento referente ao mês
de janeiro de 2025.

Justificativa: Não foi satisfeito com relação a suspensão do
meu trabalho devido a minha age (doença) e consequentemente ao
requerido meu.

Neste termo aguardo deferimento.

Retirolândia/BA, 11 de FEVEREIRO de 2025

Roberto Mota Araújo Reis
Assinatura