



REQUERIMENTO- VAGA ESPECIAL

REQUERENTE:		
Endereço:	n°.	
Complemento:	Bairro:	
Cidade:	Cep:	UF:
Telefone para contato:		

Possível acompanhante:

Nome: _____
CNH (com cópia): _____
Grau de parentesco: _____

Anexar os seguintes documentos: (cópias)

() cópia RG/CPF ou CNH () cópia comprovante de residência () cópia Laudo médico com a CID 10 especificação da doença

Corumbá (MS), ____/____/____

Assinatura do Servidor

Assinatura do Requerente

RETIRADO:

DATA: ____/____/____

NOME COMPLETO