



Fls.: _____
P. N° _____

ESTADO DA PARAÍBA
GOVERNO MUNICIPAL DE SANTA RITA
SECRETARIA DE FINANÇAS

REQUERIMENTO

Nome:

CPF: Contato:

Endereço:

Complemento:

Bairro: Município: UF:

Setor:

Assunto/Finalidade:

EXCELENTÍSSIMO SENHOR PREFEITO DE SANTA RITA

SANTA RITA, ____/____/____

_____ Assinatura