



**SECRETARIA MUNICIPAL DE  
ADMINISTRAÇÃO**

**REQUERIMENTO PARA REVOGAR  
LICENÇA PARTICULAR**

**DADOS PESSOAIS/  
FUNCIONAIS**

Nome:		
Endereço:		
E-mail:		
CPF:		Matrícula:
Cargo/função:		Lotação:
Telefone: ( )		Nº do Processo:
Filiação(mãe):		
Destinatário:		

**DESCRIÇÃO DA  
SOLICITAÇÃO**

<i>Observações:</i>

Valparaíso de Goiás, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ 20\_\_.

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO REQUERENTE

*Para maiores informações: (61)3627-9009*