|  |  |
| --- | --- |
|  | **SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO** |
| **REQUERIMENTO – DESARQUIVAMENTO DE PROCESSOS** |
| **DADOS PESSOAIS/ FUNCIONAIS** | Nome: |
| Endereço: |
| E-mail: |
| CPF: | Matrícula: |
| Cargo/função: | Lotação: |
| Telefone: ( ) | Nº do Processo: |
| Filiação(mãe): |
| Destinatário: |
| **DESCRIÇÃO DA SOLICITAÇÃO** | *Observações:* |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| Valparaíso de Goiás, de 20 .ASSINATURA DO REQUERENTE |
| ***Para maiores informações: (61)3627-9009*** |