|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | | **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*** | | | |