PREFEITURA MUNICIPAL DE ALEXÂNIA

REQUERIMENTO

NOME:	
RG:	**CPF/ CNPJ:**
Endereço:	**Fone:**
Cidade:	**Cep:**

Data:	**Função:**	**Lotação:**

Assinatura:_____

DESPACHO:

Av. 15 de Novembro, Quadra 100, Lotes 01 a 04, Setor Central, Alexânia/GO, CEP 72930-000
(62) 3336-7200 – contato@alexania.go.gov.br – http://www.alexania.go.gov.br/