



ESTADO DA PARAÍBA  
PREFEITURA MUNICIPAL DE CATURITÉ

**REQUERIMENTO DE SALÁRIO FAMÍLIA**

Nome:	Matrícula:
Endereço:	Fone:
Cargo:	Data Admissão
Unidade Administrativa:	

Requer autorização para o pagamento de \_\_\_\_ cota(s) de Salário Família para os dependentes abaixo mencionados:

<b>Dependentes</b>	<b>Parentesco</b>	<b>Data de Nascimento</b>

Nestes termos,

Pede deferimento.

Caturité, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Requerente

Ratificamos os dados acima citados:

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Carimbo e Assinatura do Responsável /URH