



REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

Excelentíssimo:

- Sr. Prefeito
 Sr. Secretário(a)

NOME: <i>Clevo João de Oliveira</i>	CPF: <i>095.414.994-73</i>
CARGO/FUNÇÃO:	MATRÍCULA Nº:
SECRETARIA	LOCAL DE TRABALHO:

Venho respeitosamente perante V. Ex^a requerer:

Marque com X uma das opções abaixo:

<input type="checkbox"/> APOSENTADORIA	<input type="checkbox"/> LICENÇA P/ SERVIÇO MILITAR
<input type="checkbox"/> AVERBAR TEMPO DE SERVIÇO	<input type="checkbox"/> LICENÇA PRÊMIO
<input type="checkbox"/> CERTIDÃO DE TEMPO DE SERVIÇO	<input type="checkbox"/> LICENÇA SEM VENCIMENTOS
<input type="checkbox"/> DECLARAÇÃO	<input type="checkbox"/> SALÁRIO FAMÍLIA
<input type="checkbox"/> EXONERAÇÃO A PEDIDO DO SERVIDOR	<input type="checkbox"/> PENSÃO POR MORTE
<input type="checkbox"/> FECHAMENTO DE VÍNCULO (CNIS)	<input type="checkbox"/> PERMUTA OU CEDÊNCIA
<input type="checkbox"/> GOZO DE FÉRIAS	<input type="checkbox"/> REMOÇÃO A PEDIDO DO SERVIDOR
<input type="checkbox"/> LICENÇA MATERNIDADE/PATERNIDADE	<input type="checkbox"/> READAPTAÇÃO DE FUNÇÃO
<input type="checkbox"/> LICENÇA MÉDICA	<input type="checkbox"/> TITULAÇÃO DE ESCOLARIDADE
<input type="checkbox"/> LICENÇA P/ ATIVIDADE POLÍTICA	<input checked="" type="checkbox"/> OUTROS:

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Solicito relatório escolar do aluno: José Renato Barbosa de Oliveira, estudante da Escola Joaquim Barbosa de 5^o turmas: 5^o B, deste. Relatório deverá conter informações que ajude na investigação sobre o autista.

Clevo João de Oliveira
Assinatura do(a) requerente

Data: *03/09/2024*

Autorização do(a) Gestor(a)

Data: */ /*



RECEITUÁRIO

Nome do Paciente: JOSÉ REIVATO BARBOSA DE OLIVEIRA

SOUOTO

Relatório escolar com desempenho
saud e escolar. Gma avaliação comportamen-
tal.

Data: 11 / 07 / 24



Drª Roberta Gomes Muni
Médica Pediatra
PE 29.008 / RQE 15 264

Assinatura - CRM/IGRO/COREN