



REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

Excelentíssimo:

- Sr. Prefeito
 Sr. Secretário(a)

NOME: <i>Raquel Gonçalves Oliveira</i>	CPF: <i>441.868.698-39</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 (a) Carlos Eduardo Oliveira, estudante da escola: Joaquim Lourenço de Souza, turno: 5^a "B", deste relatório deverá conter informações que ajude na investigação sobre o autista ou TDAH. Segue anexo politização médica.

Raquel Gonçalves Oliveira

Assinatura do(a) requerente

Data: *06/11/2024*

Autorização do(a) Gestor(a)

Data: */ /*



RECEITUÁRIO

Nome do Paciente:

Camy EMMB Aily

2449 RUA TÓRTO
ESLUB.

Data:

01/1/2014

Assinatura - CRM/CRO/COREN

Silvio Roberto de Almeida
Médico - Psiquiatra
CRM-PE 28367