



REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

(87) 99632-177

Excelentíssimo:

Sr. Prefeito

Sr. Secretário(a)

NOME: Alber Carvalho da Silva CPF: 900.838.064-15

CARGO/FUNÇÃO: Professor MATRÍCULA Nº: 04

SECRETARIA: SEDUC LOCAL DE TRABALHO: Escola Antonio Honório Barbosa

Venho respeitosamente perante V. Exª 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: <u>Ficar isento do imposto de renda. (Doença Crônica)</u> |

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Empty box for complementary information.

Alber Carvalho da Silva

Assinatura do(a) requerente

Data: 30/09/25

Autorização do(a) Gestor(a)

Data: / /



Dr. Renato Leal
neurologia
Excelência em cuidar

RELATÓRIO MÉDICO

O PACIENTE ALBES CARVALHO DA SILVA, 51 ANOS, HIPERTENSO, REALIZA ACOMPANHAMENTO NESTE SERVIÇO COM QUADRO COMPATÍVEL COM DOENÇA DO NEURÔNIO MOTOR INFERIOR, COM INÍCIO DOS SINTOMAS EM FEVEREIRO DE 2023.
ESTÁ EM USO DE RILUZOL 50MG 12/12H; METILCOBALAMINA 50MG + VIT E 5000MG/DIA DE FORMA REGULAR, EM PROCESSO DE REABILITAÇÃO E CUIDADOS NÃO FARMACOLÓGICOS.

AO EXAME:

DEAMBULA COM APOIO BILATERAL (PIORA CLÍNICA)

TETRAPARESIA FLÁCIDA, COM HIPERREFLEXIA:

FMG 4 PROXIMAL E GRAU 3 DISTAL EM MSE

FMG 3 PROXIMAL E GRAU 1 DISTAL EM MSD

FMG 3 PROXIMAL E GRAU 0 DISTAL EM MID

FMG 4 PROXIMAL E GRAU 1 DISTAL EM MIE

ATROFIA EM MÃO DIREITA

FASCICULAÇÕES DIFUSAS MMSS E TRONCO EM MENOR FREQUENCIA EM RELAÇÃO A AVALIAÇÃO

ANTERIOR

SEM ALTERAÇÃO DE SENSIBILIDADE

SEM ALTERAÇÃO DE COORDENAÇÃO;

MOE E DEMAIS PCS OK; SEM SINTOMAS BULBARES.

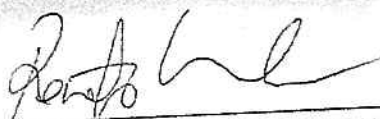
EXAMES:

(06/10/2023) - ENMG 4 MEMBROS: COMPROMETIMENTO PRÉGANGLIONAR (FIBRAS SENSITIVAS POUPADAS) COM SINAIS DIFUSOS DE DESNERVAÇÃO EM ATIVIDADE RECENTE E SINAIS DE REINERVAÇÃO EM SEGMENTOS CERVICAL, TORÁCICO E LOMBAR. TAIS ACHADOS PREENCHEM CRITÉRIOS ELETROFISIOLÓGICOS PARA DOENÇA DO NEURÔNIO MOTOR.

NECESSITA DE ACOMPANHAMENTO MULTIDISCIPLINAR COM FISIOTERAPIA NEUROLÓGICA 5 VEZES POR SEMANA, PISCOTERAPIA SEMANAL, TERAPIA OCUPACIONAL 1 VEZ POR SEMANA
TRATA-SE DE PATOLOGIA CRÔNICA, GRAVE, PROGRESSIVA, COM REPERCUSSÕES FUNCIONAIS, CONFORME DESCRITO EM EXAME FÍSICO.

CID: G12.2

PETROLINA (PE) 11/04/2025



DR. RENATO LEAL - CRM-PE 21241
Neurologista - RQE 4673

Dr. Renato Leal
Neurologista - RQE 4673
CRM-BA 23220 / CRM-PE 21241

