



REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

Excelentíssimo:

Sr. Prefeito

Sr. Secretário(a)

NOME: Alexsander de Jesus Carvalho CPF: 050.854.775.46

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 Jhonatan RYAN JESUS da Situa Estudante DA ESCOLA TURMA 3 ano DESTE Relatório DEVERÁ conter informações que AJUDE NA investigação sobre o Autismo ou TDAH. SEGUI ANEXO Solicitação Médica. Escola José Paulino Dos Santos.

Alexsander de Jesus Carvalho

Assinatura do(a) requerente
Data: 10/03/2025

Autorização do(a) Gestor(a)
Data: ___/___/___



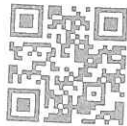


Shonalle Rize Sam.

Soluto Ralibrio Espolan.

Juliana Castro de Assis
Neurologia Infantil
CRM PE 31752 / BA 3810

0111124



☎ 87 2101 7174
☎ 87 99109 9868
@clinica.brincare
✉ clinicabrincare@gmail.com
📍 Rua Doutor Jose Mariano, 1174 A - Centro - Petrolina - PE - CEP: 56302-190