



REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

Excelentíssimo:

- Sr. Prefeito
 Sr. Secretário(a)

NOME: <u>ROBERTO RIVALDAR DA SILVA</u>	CPF: <u>02257305492</u>
CARGO/FUNÇÃO: <u>PROFESSOR DA EDUCAÇÃO</u>	MATRÍCULA Nº:
SECRETARIA: <u>EDUCAÇÃO</u>	LOCAL DE TRABALHO: <u>SC. DA EDUCAÇÃO</u>

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 checked="" 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 type="checkbox"/> OUTROS:

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Justifico através desta declaração que acompanhei a Sr(a) Maria da Socorro Lima e Silva durante seu atendimento médico na cidade de Recife PE.

Roberto Rivaldar da Silva
Assinatura do(a) requerente
Data: 19/02/24

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





DECLARAÇÃO

Atesto para os devidos fins que o Sr. Roberto Rivaldar da Silva acompanhou o Sr.(a) MARIA DO SOCORRO LIMA E SILVA durante seu atendimento médico nesta clínica, em 18/02/2025, no período da tarde.

Recife, 18 de Fevereiro de 2025 14:59


Dr. Claudio Vidal
Neurocirurgia
CRM-PE 13107 / RQE 1027

Dr. Claudio Henrique Fernandes Vidal
NEUROCIRURGIÃO
CRM 13107/PE RQE 1027