|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| NOME | | | CPF | |
| MATRÍCULA | TELEFONE | E-MAIL | | |
| CURSO | | | TURMA/TURNO | |
| ENDEREÇO (Rua, nº) | | | | |
| BAIRRO | | CIDADE | | ESTADO |

**Vem requerer ao Sr. Diretor IFBP-*Campus* Cajazeiras**

Exame Oftalmológico e Óculos

Fardamento Escolar

Ajuda Financeira para Medicamento

Exames Médicos/Laboratórios

Outros: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Informações Adicionais:

Anexos:

Nestes termos pede deferimento.

Cajazeiras, PB, \_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do Requerente ou Responsável