



**REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO**

Excelentíssimo:

- Sr. Prefeito  
 Sr. Secretário(a)

NOME: <i>Rayone Joriel Freire da Silva</i>	CPF: <i>125.396.534-10</i>
CARGO/FUNÇÃO:	MATRÍCULA Nº:
SECRETARIA	LOCAL DE TRABALHO:

Venho respeitosamente perante V. Ex<sup>a</sup> 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 exato do aluno José Guilherme Freire Silva, estudante da Escola Mãe Maria, turma infantil 1. Deste relatório deveria conter informações que ajude na investigação sobre o autismo ou TDAH.*

*Rayone Joriel Freire da Silva*  
Assinatura do(a) requerente  
Data: *16/10/2024*

Autorização do(a) Gestor(a)  
Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_



**RECEITUÁRIO**

Nome do Paciente: José Guilherme Farias Silva

Solicitado

A escola;

Solicito relatório escola do aluno,  
acima citado, de acordo com o de-  
sempenho escolar e desenvolvi-  
mento social em sala de aula.

O objetivo desta solicitação é obter  
informações detalhadas que contribui-  
rão para a avaliação psicológi-  
ca.

Atenciosamente;

Bruna Rayla Matias Silva  
Psicóloga  
CRP - 02/21019

Data: 04/09/24

Assinatura - CRM/CRO/COREN

José Guilherme Freire da Silva

A creche

Encaminho o menino de 2 anos e 1 mês com atraso na linguagem falada associado a seletividade alimentar, movimentos estereotipados e pouca interação social para que o menino seja estimulado a superar seus comportamentos atrasados para a idade.

09/08/2024

Dr. Rayanne Mourato Severo  
Neurologia Infantil  
Médica  
CRM-PE 23962

CID: F84  
(em investigação)

(87) 9.9158-2465

@meta\_clinica

metaclinicape@gmail.com

META CLÍNICA MULTIDISCIPLINAR - Rua São Vicente, 86, Centro  
São José do Belmonte - PE - CEP: 56.950-000 - CNPJ nº 45.248.897/0001-05