



### REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

Excelentíssimo:

Sr. Prefeito

Sr. Secretário(a)

NOME: *Maria Lívia de Oliveira Santos* CPF: *107-680-964-21*

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 (ENIS)	<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: <i>Relatório Escolar</i>

#### INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

*Solicito relatório escolar da aluna Maria Lívia Oliveira Santos, estudante da Escola: Joaquim Tavares de Sá, turma 1<sup>o</sup> ano, deste relatório deverá conter informações de acompanhamento e adaptações necessárias conforme o relatório médico em anexo.*

*Maria Lívia de Oliveira Santos*

Assinatura do(a) requerente  
Data: *19/08/2025*

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



Av da Integração

Data de emissão: 16/08/2025

Endereço: Avenida da Integração Airton Sena, 685, até 99997/99998, São José, Petrolina - PE

Telefone: (87) 9967-6513

Dr(a). ALINNE MATIAS DE SÁ BEZERRA

CRM: 29512 - PE

CPF: 092.574.694-09

Paciente: Maria Livia Oliveira Santos

Sexo: Feminino Idade: 12

Paciente Maria Livia Oliveira Santos, CPF 159174574-84, data de nascimento 18/11/2012, está em acompanhamento médico sob meus cuidados desde maio de 2025.

Apresenta diagnóstico de Transtorno de ansiedade e Transtorno de déficit de atenção, ambos com impacto funcional importante. Encontra-se em acompanhamento psicológico regular e em tratamento medicamentoso com escitalopram 15 mg/dia e metilfenidato 10 mg/dia.

De acordo com relato da escola e da psicóloga apresenta grande dificuldade de concentração, distraibilidade constante por estímulos externos, insegurança, dificuldade em lidar com frustrações e episódios de automutilação quando contrariada. Estas limitações repercutem de forma significativa em seu rendimento escolar e adaptação social. Diante do exposto, sugere-se que sejam contemplados benefícios pedagógicos e adaptações escolares adequados ao quadro clínico da paciente, visando favorecer o processo de aprendizagem e desenvolvimento, como por exemplo:

Flexibilização de prazos e adaptações no ambiente de aprendizagem;

Ambiente de aprendizagem com distração durante o estudo;

Apoio psicopedagógico atualizado, quando possível;

Acompanhamento próximo da equipe escolar em situações de maior estresse ou frustração.

Trata-se de paciente com diagnóstico de transtorno de ansiedade e déficit de atenção, em tratamento multidisciplinar, com necessidade de adaptações pedagógicas específicas para melhor aproveitamento escolar e prevenção de agravamento de seu quadro clínico.



Prescrição Médica emitida em 16/08/2025 18:41:00 por ALINNE MATIAS DE SÁ BEZERRA em conformidade com a Resolução CFM nº 200-2/2001, Resolução N.º CFM 2.299/2021 e Resolução CFM nº 1.358/2010. Este documento médico eletrônico foi publicado em <https://valida.cfm.gov.br>. Para acessar esse documento, clique em [https://valida.cfm.gov.br/validacao/validacao\\_documento?formato=aplicativo/pdf](https://valida.cfm.gov.br/validacao/validacao_documento?formato=aplicativo/pdf)



CFMP-RM-BU84WEYB