



### REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

Excelentíssimo:

- Sr. Prefeito  
 Sr. Secretário(a)

(88)981141162

NOME: Elizabete Damacena dos Santos CPF: 112 205 554-44

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: <u>Relatório Escolar</u> |

#### INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Solicito relatório Escolar do Aluno: Israel Damacena Alves, estudante da Escola: José Martinho de Sá, da Turma: 1º ano, deste relatório deverá conter informações sobre o desenvolvimento escolar.

Elizabete Damacena dos Santos

Assinatura do(a) requerente  
Data: 20/08/2026

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






**RECEITUÁRIO**

Nome do Paciente: Israel Damascena Alves

Solicitado

Relatório Escolar

  
JOICLEIDE DA SILVA  
PSICOLOGA  
CRP 02/31842

Data: 18 / 08 / 25

Assinatura - CRM/CRO/COREN