



Excelentíssimo:

<input type="checkbox"/>	Prefeito
<input type="checkbox"/>	Secretario (a)

NOME: <i>ANTONIO VITALINO LEANDRO FILHO</i>	CPF: <i>020.470.523-19</i>
CARGO OU FUNÇÃO: <i>AGENTE ADMINISTRATIVO</i>	MATRICULA N°:
SECRETARIA: <i>ADMINISTRAÇÃO</i>	LOCAL DE TRABALHO: <i>SEDE</i>

VEM MUI RESPEITOSAMENTE PERANTE V. EX^a. REQUERER:

Marque com um X, uma das opções abaixo

<input type="checkbox"/> ANOTAR DIPLOMA OU/ CURSO	<input type="checkbox"/> SALÁRIO FAMILIA
<input type="checkbox"/> AVERBAR TEMPO DE SERVIÇO	<input type="checkbox"/> AUT. P/ CONT. DE TEMPO P/ L. PRÊMIO
<input type="checkbox"/> FÉRIAS – GOZAR	<input type="checkbox"/> AUT. P/ CONT. TEMPO P/ APOSENTADORIA
<input type="checkbox"/> APOSENTADORIA	<input type="checkbox"/> REMOÇÃO
<input type="checkbox"/> CERT. DE TEMPO DE SERVIÇO	<input type="checkbox"/> READAPTAÇÃO DE CARGO
<input type="checkbox"/> EXONERAÇÃO	<input type="checkbox"/> RETIFICAÇÃO DE NOME
<input type="checkbox"/> LICENÇA PRÊMIO	<input type="checkbox"/> AUTORIZAÇÃO DE LICENÇA PREMIO
<input type="checkbox"/> LICENÇA À GESTANTE	<input type="checkbox"/> DECLARAÇÃO
<input type="checkbox"/> LICENÇA SEM VENCIMENTOS	<input checked="" type="checkbox"/> OUTROS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

*Solicito licença paternidade a partir de 06/02/2023 a
conforme documento em anexo. Pelo período de
05 dias.*

Antonio Vitalino Leandro Filho
ASSINATURA DO REQUERENTE

AUTORIZAÇÃO DO GESTOR

Data: *06/02/2023*

Data: ___/___/___



Identificação do Recém-nascido

1 Nome do Recém-nascido (RN) _____

Data e hora do nascimento

2 Data _____ Hora _____

3 Sexo M - Masculino I - Ignorado F - Feminino

a Raça / cor do Recém-nascido 1 Branca 3 Amarela 5 2 Preta 4 Parda

4 Peso ao nascer _____ em gramas

5 Índice de Apgar - 1º e 5º minutos 1º _____ 5º _____

b Comprimento _____ Em cm

c Perímetro cefálico _____ Em cm

6 Detectada alguma anomalia congênita? Usar o bloco anomalia congênita para de 1 Sim 2 Não 9 Ig

Local da Ocorrência

7 Local da ocorrência 1 Hospital 3 Domicílio 5 Aldeia Indígena 9 Ignorado 2 Outros estab. saúde 4 Outros

8 Estabelecimento _____ Código CNES _____

9 Endereço da ocorrência, se fora do estab. ou da resid. da(o) parturiente (rua, praça, avenida, etc) _____ Número _____ Complemento _____

10 CEP _____

11 Bairro/Distrito _____ Código _____

12 Município de ocorrência _____ Código _____

Parturiente

14 Nome _____

15 Cartão SUS _____

16 Escolaridade (última série concluída) 0 Sem escolaridade 3 Médico (antigo 2º grau) Ignorado 1 Fundamental I (1ª a 4ª série) 4 Superior incompleto 2 Fundamental II (5ª a 8ª série) 5 Superior completo 9

17 Ocupação habitual (Informar anterior, se aposentada(o)/desempregada(o)) _____ Código CBO 2 _____

18 Data de nascimento _____

19 Idade (anos) _____

20 Naturalidade _____ Município / UF (se estrangeira(o) informar País)

21 Situação conjugal 1 Solteira (o) 4 Separada (o) judicialmente/divorciada (o) 2 Casada(o) 5 União estável 3 Viúva(o) 9 Ignorado

22 Raça / Cor 1 Branca 4 2 Preta 5 3 Amarela

Residência

23 Logradouro _____ Número _____ Complemento _____

24 CEP _____

25 Bairro/Distrito _____ Código _____

26 Município _____ Código _____

Resp. legal

28 Nome _____

29 Idade _____

Gestação e parto

30 Histórico gestacional

■ Nº gestações anteriores _____ ■ Nº de partos vaginais _____ ■ Nº de cesáreas _____ ■ Nº de nascidos vivos _____ ■ Nº de perdas fetais / abortos _____

Gestação atual

Idade Gestacional

31 Data da Última Menstruação (DUM) _____

32 Nº de semanas de gestação, se DUM ignorada _____

Método utilizado para estimar 1 Exame Físico 2 Outro método 9 Ignorado

33 Número de consultas de pré-natal _____ 99 Ignorado

34 Mês de gestação em que iniciou o pré-natal _____ 99 Ignorado

35 Tipo de gravidez 1 Única 2 Dupla 3 Tripla ou mais 9 Ignorado

Parto

36 Apresentação 1 Cefálica 2 Pélvica ou Podálica 3 Transversa 9 Ignorado

37 O Trabalho de parto foi induzido? 1 Sim 2 Não 9 Ignorado

38 Tipo de parto 1 Vaginal 2 Cesáreo 9 Ignorado

39 Cesárea ocorreu antes do trabalho de parto iniciar? 1 Sim 2 Não 3 Não se aplica 9 Ignorado

40 Nascimento assistido 1 Médico 2 Enferm. Obstet. 3 Parto 4 Outro 9 Ignorado

Anomalia congênita

41 Descrever todas as anomalias congênitas observadas _____

Preenchimento

42 Data do preenchimento _____

43 Nome do responsável pelo preenchimento _____

44 Função 1 Médico 2 Enfermagem 3 Parteira 4 Fun 5 Outros (descrever)

45 Tipo documento 1 CNES 2 CRM 3 COREN 4 RG 5 CPF

46 Nº do documento _____

47 Órgão emissor _____

Cartório

48 Cartório _____ Código _____

49 Registro _____

50 Data _____

51 Município _____

ATENÇÃO: ESTE DOCUMENTO NÃO SUBSTITUI A CERTIDÃO DE NASCIMENTO

O Registro de Nascimento é obrigatório por lei.

Para registrar esta criança, a(o) responsável deverá levar este documento ao cartório de registro civil.