



Excelentíssimo:

Prefeito
 Secretário (a)

NOME: Anderson Odair de Melo Brito CPF: 10773809419

CARGO OU FUNÇÃO: Professor MATRICULA Nº.

SECRETARIA: Educação LOCAL DE TRABALHO: José Martinho

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:

Solicite licença paternidade a partir do dia 07/05/23 pelo período de 05 dias conforme o documento em anexo.

Anderson Odair de Melo Brito
ASSINATURA DO REQUERENTE

AUTORIZAÇÃO DO GESTOR

Data: 09/05/23

Data: ___/___/___



I	1 Nome do Recém-nascido (RN)		Número do Cartão Nacional de Saúde do RN 700 5003 8023 2057	
	2 Data e hora do nascimento Data: 07/05/2023 Hora: 11:00		3 Sexo <input type="checkbox"/> M - Masculino <input type="checkbox"/> I - Ignorado <input checked="" type="checkbox"/> F - Feminino	
II	4 Peso ao nascer 2730 em gramas		5 Índice de Apgar - 1º e 5º minutos 1º: 08 5º: 09	
	6 Detectada alguma anomalia congênita? Usar o bloco anomalia congênita para descrevê-las 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input checked="" type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado		7 Local da ocorrência 1 <input checked="" type="checkbox"/> Hospital 3 <input type="checkbox"/> Domicílio 5 <input type="checkbox"/> Aldeia Indígena 9 <input type="checkbox"/> Ignorado 2 <input type="checkbox"/> Outros estab. saúde 4 <input type="checkbox"/> Outros	
III	8 Estabelecimento Hosp Regional Inácio de Sá		9 Endereço da ocorrência, se fora do estab. ou da resid. da(o) parturiente (rua, praça, avenida, etc) R. Antônio de Aguiar Campato 346	
	10 CEP 36000000		11 Bairro/Distrito Planalto	
IV	12 Município de ocorrência Salgueiro		13 UF Pe	
	14 Nome Raquel da Silva Araújo		15 Cartão SUS 706800221517320	
V	16 Escolaridade (última série concluída) Nível: 0 <input type="checkbox"/> Sem escolaridade 1 <input type="checkbox"/> Fundamental I (1ª a 4ª série) 2 <input type="checkbox"/> Fundamental II (5ª a 8ª série) 3 <input type="checkbox"/> Médio (antigo 2º grau) 4 <input type="checkbox"/> Superior incompleto 5 <input checked="" type="checkbox"/> Superior completo Série: 9 <input type="checkbox"/> Ignorado		17 Ocupação habitual (Informar anterior, se aposentada(o)/desempregada(o)) Professora	
	18 Data de nascimento 17/03/98		19 Idade (anos) 25	
VI	20 Naturalidade Petrópolis - Pe		21 Situação conjugal 1 <input type="checkbox"/> Solteira(o) 2 <input checked="" type="checkbox"/> Casada(o) 3 <input type="checkbox"/> Viúva(o) 4 <input type="checkbox"/> Separada(o) judicialmente/divorciada(o) 5 <input type="checkbox"/> União estável 9 <input type="checkbox"/> Ignorado	
	22 Raça / Cor 1 <input type="checkbox"/> Branca 2 <input type="checkbox"/> Preta 3 <input type="checkbox"/> Amarela 4 <input checked="" type="checkbox"/> Parda 5 <input type="checkbox"/> Indígena		23 Logradouro Av. David Jacinto	
VII	24 CEP 36120000		25 Bairro/Distrito Centro	
	26 Município Verdeyante		27 UF Pe	
VIII	28 Nome		29 Idade	
	30 Histórico gestacional Nº gestações anteriores: ___ Nº de partos vaginais: ___ Nº de cesáreas: ___ Nº de nascidos vivos: ___ Nº de perdas fetais / abortos: ___		31 Data da Última Menstruação (DUM) 08/08/22	
IX	32 Nº de semanas de gestação, se DUM Ignorada 38 ⁵		33 Número de consultas de pré-natal 14	
	34 Mês de gestação em que iniciou o pré-natal +2 ^o		35 Tipo de gravidez 1 <input checked="" type="checkbox"/> Única 2 <input type="checkbox"/> Dupla 3 <input type="checkbox"/> Tripla ou mais 9 <input type="checkbox"/> Ignorado	
X	36 Apresentação 1 <input checked="" type="checkbox"/> Cefálica 2 <input type="checkbox"/> Pélvica ou Podálica 3 <input type="checkbox"/> Transversa 9 <input type="checkbox"/> Ignorado		37 O Trabalho de parto foi induzido? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input checked="" type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado	
	38 Tipo de parto 1 <input type="checkbox"/> Vaginal 2 <input checked="" type="checkbox"/> Cesáreo 9 <input type="checkbox"/> Ignorado		39 Cesárea ocorreu antes do trabalho de parto iniciar? 1 <input checked="" type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Não se aplica 9 <input type="checkbox"/> Ignorado	
XI	40 Nascimento assistido por 1 <input checked="" type="checkbox"/> Médico 2 <input checked="" type="checkbox"/> Enfermagem ou Obstetiz 3 <input checked="" type="checkbox"/> Parteira 4 <input checked="" type="checkbox"/> Outros 9 <input type="checkbox"/> Ignorado		41 Descrever todas as anomalias congênicas observadas	
	42 Data do preenchimento 07/05/2023		43 Nome do responsável pelo preenchimento Rosângela Pereira	
XII	44 Função 1 <input type="checkbox"/> Médico 2 <input checked="" type="checkbox"/> Enfermagem 3 <input type="checkbox"/> Parteira 4 <input type="checkbox"/> Func. Cartório 5 <input type="checkbox"/> Outros (descrever)		45 Tipo documento 1 <input type="checkbox"/> CNES 2 <input type="checkbox"/> CRM 3 <input type="checkbox"/> COREN 4 <input type="checkbox"/> RG 5 <input type="checkbox"/> CPF	
	46 Nº do documento 806465		47 Órgão emissor Pe	
XIII	48 Cartório		49 Registro	
	50 Data		51 Município	
52 UF				

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.