

REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

Excelentíssimo:

- Sr. Prefeito
 Sr. Secretário(a)

NOME: <i>Elleisy Gabriella dos Santos Pereira Tiburtino</i>	CPF: <i>122.084.904-95</i>
CARGO/FUNÇÃO: <i>Diretora administrativa Hospitalar</i>	MATRÍCULA Nº:
SECRETARIA <i>Saúde</i>	LOCAL DE TRABALHO: <i>HPP</i>

Venho respeitosamente perante V. Ex^a 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 checked="" 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 type="checkbox"/> OUTROS:

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Solicito licença maternidade pelo período de 180 dias, a partir de 04 de dezembro de 2024. Segue em anexo a cópia da SRV.

Elleisy Gabriella dos S. P. Tiburtino

Assinatura do(a) requerente
Data: *10/12/2024*

Autorização do(a) Gestor(a)
Data: */ /*

RECEITUÁRIO


Nome do Paciente: Elleisy Gabriella dos Santos
Pereira Tibauvino

Atesto para os devidos fins que a paciente supracitada deverá afastar-se do trabalho por 180 (cento e oitenta dias) a partir do dia 04/12/24, conforme dispõe o art. 392 da Consolidação da Lei do Trabalho.

Data: 04/12/24


Dra. Morgana Martins
CRM-PE/37692

Assinatura - CRM/CRO/COREN

Recebido em
30.12.2024




I	1 Nome do Recém-nascido (RN)																																				
	Data e hora do nascimento	2 Data	Hora	3 Sexo	a Raça / cor do Recém-nascido						6 Detectada alguma anomalia congênita?																										
II	4 Peso ao nascer	5 Índice de Apgar - 1º e 5º minutos	b Comprimento	c Perímetro cefálico	Em cm 1 casa decimal	Em cm 1 casa decimal	1 Sim	2 Não	9 Ignorado	Código CNES	8 Estabelecimento	9 Endereço da ocorrência, se fora do estab. ou da resid. da(o) parturiente (rua, praça, avenida, etc)	Número	Complemento	10 CEP																						
	7 Local da ocorrência	1 Hospital	3 Domicílio	5 Aldeia Indígena	Ignorado	9	11 Bairro/Distrito	Código	12 Município de ocorrência	Código	13 UF	14 Nome	15 Cartão SUS	16 Escolaridade (última série concluída)	Nível	17 Ocupação habitual	Código CBO 2002																				
III	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)	1 Branca	4 Parda	2 Casada(o)	5 União estável	2 Preta	5 Indígena	3 Viúva(o)	9 Ignorado	3 Amarela	22 Raça / Cor																				
	Residência	23 Logradouro	Número	Complemento	24 CEP	25 Bairro/Distrito	Código	26 Município	Código	27 UF	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																			
IV	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	34 Mês de gestação em que iniciou o pré-natal	35 Tipo de gravidez	1 Única	2 Dupla	3 Tripla ou mais	9 Ignorado	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 por	1 Médico	2 Enfermagem ou Obstetriz	3 Parteira	4 Outros	9 Ignorado
	41 Descrever todas as anomalias congênicas observadas	42 Data do preenchimento	43 Nome do responsável pelo preenchimento	44 Função	1 Médico	2 Enfermagem	3 Parteira	4 Func. Cartório	5 Outros (descrever)	45 Tipo documento	1 CNES	2 CRM	3 COREN	4 RG	5 CPF	46 Nº do documento	47 Órgão emissor	48 Cartório	Código	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.