

REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

Excelentíssimo:

- Sr. Prefeito
 Sr. Secretário(a)

NOME: <i>Michely de Sá Pereira</i>	CPF: <i>081.342.344-96</i>
------------------------------------	----------------------------

CARGO/FUNÇÃO: <i>Secretário escolar</i>	MATRÍCULA Nº:
---	---------------

SECRETARIA <i>Educação</i>	LOCAL DE TRABALHO: <i>Escola Municipal Amador de Jesus</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, uma vez que falta apenas 02 (dois) meses para terminar minha licença maternidade, segue anexo cópia atestado de 180 (cento e oitenta) dias e cópia da certidão de nascimento da criança.


Michely de Sá Pereira
Assinatura do(a) requerente
Data: *14/06/2024*

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

LICENÇA MATERNIDADE

Atesto que a Sra. **MICHELY DE SÁ PEREIRA** encontra-se sob meus cuidados médicos, estando impossibilitada de exercer suas atividades profissionais por um período mínimo de 180 (cento e oitenta) dias a partir desta data.

Salvador, 08 de fevereiro de 2024.


Dra Alba Meire B. de Santana
Ginecologia/Obstetria
CRM 7483

AV. ACM, 585 – COMPLEXO ODONTO MÉDICO ITAIGARA – EDF. LOUIS PASTEUR – SALAS 106/107 – ITAIGARA – CEP: 41.825-000
TELEFAX: (71) 3358-7638 TEL CONSULTORIO 71 9 91360988
SALVADOR-BA
e-mail: albameireclinica@lognet.com.br

Selo de Autenticidade
Tribunal de Justiça do Estado da Bahia
Ato Notarial ou de Registro
2941AB0542798
7CJ3GFEHFX
Consulte:
www.tjba.jus.br/autenticidade



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

NOME

HELOÍSA DE SÁ PEREIRA

CPF

029.882.245-87

MATRÍCULA

143347 01 55 2024 1 00063 259 0018859 01

DATA DE NASCIMENTO POR EXTENSO

OITO DE FEVEREIRO DE DOIS MIL E VINTE E QUATRO

DIA/MÊS/ANO

08/02/2024

HORA DE NASCIMENTO

00:07

NATURALIDADE

SALVADOR - BA

MUNICÍPIO DE REGISTRO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO

SALVADOR - BA

LOCAL, MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UF

HOSPITAL ALIANÇA, SALVADOR, BA

SEXO

FEMININO

FILIAÇÃO

MICHELY DE SÁ PEREIRA E WELINGTON ANTONIO PEREIRA DA SILVA JÚNIOR

AVÓS

JOZENILDA BEZERRA DE SÁ PEREIRA, FRANCISCO JOÃO PEREIRA, MARIA IZABEL BATISTA DA SILVA E WELINGTON ANTONIO PEREIRA DA SILVA

GÊMEOS

NÃO

NOME E MATRÍCULA DOS GÊMEOS

NADA CONSTA

DATA DO REGISTRO POR EXTENSO

OITO DE FEVEREIRO DE DOIS MIL E VINTE E QUATRO

NÚMERO DA DNV/DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO

3093105577-8

AVERBAÇÕES/ANOTAÇÕES A ACRESCEER

NADA CONSTA

ANOTAÇÕES DE CADASTRO

TIPO DOCUMENTO	NÚMERO	DATA EXPEDIÇÃO	ORGÃO EXPEDIDOR	DATA VALIDADE
RG	----	----	----	----
PIS/NIS	----	----	----	----
Passaporte	-----	----	----	----
Cartão Nacional de Saúde	----	----	----	----
TIPO DOCUMENTO	NÚMERO	ZONA/SEÇÃO	MUNICÍPIO	UF
Título de Eleitor	----	----	----	----
CEP Residencial	----		Grupo Sanguíneo	----

* As anotações de cadastro acima não dispensam a parte interessada da apresentação do documento original, quando exigido pelo órgão solicitante ou quando necessário para identificação de seu portador.

Discriminação do valor ato: R\$ 0,00, distribuído da seguinte forma: Emolumentos R\$ 0,00, Taxa Fiscal R\$ 0,00, FECOM R\$ 0,00, PGE R\$ 0,00, FMMPBA R\$ 0,00, Def. Pública R\$ 0,00

NOME DO OFÍCIO: Cartório do Registro Civil das Pessoas Naturais de Amaralina - BA

OFICIAL REGISTRADOR: Mariana Kaufmann Monteiro Braga

MUNICÍPIO/UF: Salvador/BA

ENDEREÇO: Edifício Salvador Trade Center, Nº 1632 Loja 31, Caminho das Árvores

TELEFONE: (71) 3035-0009

EMAIL: registrocivilamaralinasalvador@gmail.com

Conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou Fé.

Salvador - BA, 08 de fevereiro de 2024

Felipe Cambuy Chastinet

FELIPE CAMBUY CHASTINET

Escrevente Autorizado(a)