



Excelentíssimo:

Prefeito
 Secretário (a)

NOME: *Karolína Lopes Veras da Silva* CPF: *109.499.779-97*

CARGO OU FUNÇÃO: *Farmacêutica* MATRICULA Nº.

SECRETARIA: *Secretaria de Saúde* LOCAL DE TRABALHO:

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 FAMÍLIA
<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 PRÊMIO
<input type="checkbox"/> LICENÇA À GESTANTE	<input type="checkbox"/> DECLARAÇÃO
<input type="checkbox"/> LICENÇA SEM VENCIMENTOS	<input checked="" type="checkbox"/> OUTROS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

Comprovação de gozo de licença maternidade de emprego anterior, tendo como data de término 12/08/2023, para conhecimento e análise da administração. Para efeito de efetivo exercício.

Karolína Lopes Veras da Silva
ASSINATURA DO REQUERENTE

AUTORIZAÇÃO DO GESTOR

Data: *19/07/2023*

Data: ___ / ___ / ___




SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL INÁCIO DE SÁ

LICENÇA MATERNIDADE

Atesto para os devidos fins que Karolinalopes
Vieira _____ necessita
afastar-se de suas atividades a partir desta data pelo
período de:

- 120 (cento e vinte) dias;
 180 (cento e oitenta) dias.

Salgueiro, 14,04,20.


Maria Clara Romão
Ginecologista e Obstetra
CRM 2742 RG 1403
Médico

Em tempo:

Karolina Lopes Veras.





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

Certidão de Nascimento

NOME:

HELENA MARIAH VERAS COSTA

CPF 185.050.994-86

MATRÍCULA:

076588 01 55 2023 1 00076 166 0049798 61

DATA DE NASCIMENTO (POR EXTENSO) Treze de abril de dois mil e vinte e três.	DIA 13	MÊS 04	ANO 2023
--	-----------	-----------	-------------

HORA DE NASCIMENTO 13h35min	NATURALIDADE Salgueiro-PE
--------------------------------	------------------------------

MUNICÍPIO DE REGISTRO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO Salgueiro - PE - ESTADO DE PERNAMBUCO	LOCAL, MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UF Hospital Regional Inácio de Sá, RUA ANTONIO ALENCAR SAMPAIO, 346, PLANALTO, Salgueiro-PE	SEXO Feminino
---	---	------------------

FILIAÇÃO
CARLOS HENRIQUE OLIVEIRA COSTA, natural de Salgueiro-PE e KAROLINA LOPES VERAS DA SILVA, natural de Orocó-PE, ambos residentes em Salgueiro-PE

AVÓS
JURACI OLIVEIRA COSTA e ELVIRA MARIA OLIVEIRA COSTA (paternos) e RANIERE FERREIRA VERAS e LUSSINETE LOPES DOS SANTOS VERAS (maternos)

GÊMEOS Não	NOME E MATRÍCULA DO(S) GÊMEO(S) Nada consta
---------------	--

DATA DE REGISTRO (POR EXTENSO) Dezessete de abril de dois mil e vinte e três.	NÚMERO DA DNV/DECLARAÇÃO DE NASCIDOS VIVOS 30-90512689-2
--	---

AVERBAÇÕES/ANOTAÇÕES À ACRESCEER
Ato registrado no livro A-76, às folhas 166, sob o nº 49798. Data do registro: 17 de abril de 2023. Data de nascimento da registrada: 13 de abril de 2023.
Não constam averbações à margem do termo.

ANOTAÇÕES DE CADASTRO
* As anotações de cadastro acima não dispensam a apresentação do documento original, quando exigida pelo órgão solicitante.

Nome do ofício
Serviço de Registro Civil de Pessoas Naturais
Oficial registrador
Maria de Fatima Cavalcanti Cruz
Município/UF
Salgueiro - PE/PE
Endereço
Rua Cícero Barros, N °268

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.
Salgueiro - PE, 17 de abril de 2023.

Telefone
(87) 9 8819-2590

Maria de Fatima Cavalcanti Cruz

Oficiala

Selo: 0076588.HCQ03202304.00390
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital.

CARTÓRIO REGISTRO CIVIL
Maria de Fatima Cavalcanti Cruz
Oficiala
Maria Geralda Bezerra Rocha Alves
Substituta
CNPJ: 00.482.719/0001-06
SALGUEIRO PE



NÃO PLASTIFICAR