



Excelentíssimo:

Prefeito
 Secretário (a)

NOME: MARIA RAQUEL VIEIRA DA SILVA TEIXEIRA CPF: 108.854.064-35

CARGO OU FUNÇÃO: Enfermeira Plantonista MATRICULA Nº. _____

SECRETARIA: Secretaria de Saúde LOCAL DE TRABALHO: HPP Adelaide S. de S.

VEM MUI RESPEITOSAMENTE PERANTE V. EX. REQUERER:

Marque com um X, uma das opções abaixo

<input type="checkbox"/> ANOTAR DIPLOMA OU/ CURSO	<input checked="" 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 type="checkbox"/> OUTROS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

Solicito a inclusão do salário família. Filho menor Leli Vieira Teixeira Leite, nascimento 10/05/2024 - com a certidão de nascimento e cartão de vacinação.

M^{te} Raquel Vieira da S. Teixeira
ASSINATURA DO REQUERENTE

AUTORIZAÇÃO DO GESTOR

Data: 25/11/2024

Data: ___/___/___



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

Certidão de Nascimento

NOME:

LEVI VIEIRA TEIXEIRA LEITE

CPF
002.885.664-32

MATRÍCULA:
076588 01 55 2024 1 00079 193 0050725 44

DATA DE NASCIMENTO (POR EXTENSO)

DIA	MÊS	ANO
10	05	2024

Dez de maio de dois mil e vinte e quatro.

HORA DE NASCIMENTO: 08h50min NATURALIDADE: Salgueiro-PE

MUNICÍPIO DE REGISTRO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO: Salgueiro - PE - ESTADO DE PERNAMBUCO LOCAL, MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UF: Pronto Socorro São Francisco, AVENIDA ANTONIO ANGELIM, 520, SANTO ANTONIO, Salgueiro-PE SEXO: Masculino

FILIAÇÃO: ERIK DAVI TEIXEIRA LEITE, natural de Brejo Santo-CE e MARIA RAQUEL VIEIRA DA SILVA TEIXEIRA, natural de Salgueiro-PE, ambos residentes em Salgueiro-PE

AVÓS: JOSÉ CARLOS DE ARAUJO LEITE e MARIA LUCIENE TEIEIRA DA SILVA LEITE (paternos) e RAIMUNDO NONATO DA SILVA e CLEONICE VIEIRA DE SÁ E SILVA (maternos)

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

DATA DE REGISTRO (POR EXTENSO): Quatorze de maio de dois mil e vinte e quatro. NÚMERO DA DNV/DECLARAÇÃO DE NASCIDOS VIVOS: 30-93040720-4

AVERBAÇÕES/ ANOTAÇÕES A ACRESCEM: Ato registrado no livro A-79, às folhas 193, sob o nº 50725. Data do registro: 14 de maio de 2024. Data de nascimento do registrado: 10 de maio de 2024. 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 Cicero Barros, N.º 268

Telefone
(87) 9 8819-2590

Selo: 0076588.ASL04202402.00368
Consulte autenticidade em www.tjpe.fus.br/selodigital.

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.
Salgueiro - PE, 14 de maio de 2024.

Maria de Fatima Cavalcanti Cruz

Oficiala

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



NÃO PLASTIFICAR

BRP BA 024819593 ARPENBRASIL

DIREITOS E GARANTIAS SOCIAIS

Identificação da Criança

Nome: Loeui Vieira Teixeira LeiteData de nascimento: 10 / 05 / 2024

Número do Registro Civil de Nascimento (RCN): _____

Filho de: Maria Raquel Vieira da Silva Teixeira e
Eric Dely Teixeira LeiteMunicípio onde nasceu: Salgueiro Estado: Pernambuco

Reside com: () Mãe () Pai () Responsável legal () Outro _____

() Instituição de acolhimento: _____

Endereço Rua/Av.: Rua Poeta Loeuino LeiteNº 1169 Complemento: _____ Bairro: _____CEP: 56000000 Município: Salgueiro Estado: PELocalização do domicílio: Urbano () RuralContato: Tel. (81) 98102-0422 E-mail: _____Cor: () Branca () Negra () Amarela Parda () Indígena. Outra: _____

Especificidades sociais, étnicas ou culturais da família:

() Família cigana () Família quilombola () Família ribeirinha

() Família em situação de rua () Família indígena residente em aldeia/reserva

Especifique o povo/etnia: _____

() Outras: _____

Nº da Declaração de Nascido Vivo (DNV): 30-93040720-4

Nº do Cartão do SUS: _____

Estratégia Saúde da Família (ESF): () Não () Sim. Qual? _____

Unidade Básica de Saúde (UBS): _____

Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) de referência: _____

Serviço de Saúde: _____

Possui plano de saúde? () Não () Sim. Qual? _____ nº _____

IMPORTANTE!

Para facilitar o acesso à saúde, à assistência social e à educação de qualidade, é importante que algumas informações estejam registradas. Para iniciar o atendimento nos serviços, **será necessário realizar um cadastro**. Fique atento e verifique se o profissional que atendeu seu filho preencheu as informações indicadas acima.

