

REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

Excelentíssimo:

- Sr. Prefeito
 Sr. Secretário(a)

NOME: <i>Melena Cristina Fernandes da Silva</i>	CPF: <i>125.591.004-60</i>
CARGO/FUNÇÃO: <i>Técnica de Enfermagem</i>	MATRÍCULA N°:
SECRETARIA <i>Saúde</i>	LOCAL DE TRABALHO: <i>PSF IV</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 type="checkbox"/> LICENÇA MATERNIDADE/PATERNIDADE	<input type="checkbox"/> READAPTAÇÃO DE FUNÇÃO
<input checked="" type="checkbox"/> LICENÇA MÉDICA	<input type="checkbox"/> TITULAÇÃO DE ESCOLARIDADE
<input type="checkbox"/> LICENÇA P/ ATIVIDADE POLÍTICA	<input type="checkbox"/> OUTROS:

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Marinilde Fernandes da Silva

Assinatura do(a) requerente

Data: ___/___/___

Autorização do(a) Gestor(a)

Data: ___/___/___

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

9.850.385

DATA DE
EXPEDIÇÃO

16/10/2013

NOME

<< MILENA CRISTINA FERNANDES DA SILVA >>

FILIAÇÃO

<< RAIMUNDO NONATO DA SILVA >>

<< MARINEIDE FERNANDES DA SILVA >>

NATURALIDADE

SÃO JOSÉ DO BELMONTE - PE

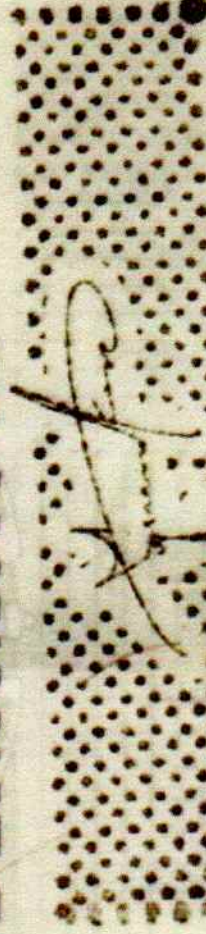
DATA DE NASCIMENTO

28/05/1999

DOC. ORIGEM

**<< CN.1539 L.A23 F.77 CART.SÃO JOSÉ
DO BELMONTE-PE 28.06.1999 >>**

CPF



ASSINATURA DO DIRETOR CARMELO LOPES

LEI Nº 29/08/83

F-57 55.105 - 3031



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

125.591.004-60

Nome

MILENA CRISTINA FERNANDES DA SILVA

Nascimento

28/05/1999

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES BURIL

10 R-29



POLEGAR DIREITO



Milena Cristina Fernandes da Silva

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE



Hospital Memorial
Irmã Dulce

Travessa Conceição Oliveira Neto, 462 - Barborema - Serra Talhada/PE
Telefone: 87 3831-2398 E-mail: hmidulce@gmail.com
CNPJ 23.598.589/0002-58

ATESTADO

Atesto para os devidos fins que o Sr. (a) **MILENA CRISTINA FERNANDES DA SILVA**, encontra-se internado neste nosocômio desde **02/09/2024**, para tratamento especializado sem previsão de alta.

Serra talhada –PE, 02 de setembro de 2024.

Dr. Ieda Barbosa de Santana
Ieda Barbosa de Santana
Médica Psiquiatra
CRM-PE: 3962

MÉDICO DE PLANTÃO CREMEPE Nº _____ P/HOSPITAL