

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL **3355632** DATA DE EXPEDIÇÃO **08/03/1986**

NOME **Alzira Jovina Freire**

FILIAÇÃO **Cícero Freire da Silva**
Jovina Sales de Sá

NATURALIDADE **Salgueiro-PA** DATA DE NASCIMENTO **21/04/1938**

DOC ORIGEM **Nasc. nº 5473/14-61 Livro 26 Cart. Salgueiro-PA**

CPF

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO TAVARES BURIL

 POL EGAR DIREITO **6**



Alzira Jovina Freire
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA

SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL
CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nº DE INSCRIÇÃO **530076624**

NOME DO CONTRIBUINTE **Alzira Jovina Freire**

NASCIMENTO **21-04-38**

ASSINATURA DO CONTRIBUINTE **Alzira Jovina Freire**

VÁLIDO ATÉ 180 DIAS A CONTAR DA DATA DO CARIMBO DO AGENTE RECEPTOR

TERÁ VALIDADE SOMENTE COM A APRESENTAÇÃO DA CARTEIRA DE IDENTIDADE

TILBRA S/A - COM. E IND. GRAFICA - RUA AIMORES, 69 - BAURU - SP - C.P.C. 44390901/0017-00 - ATO DECLARATORIO 0806/Nº 034

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DA INFRA-ESTRUTURA
 DE PAGAMENTO NACIONAL DE PASSAGENS
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
MARTA DO SOCORRO GOMES DE LIMA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
5163828 SSP PE

CPF
027.836.634-14

DATA NASCIMENTO
14/11/1978

FILIAÇÃO
JOSE DE BARROS LIMA
ALZIRA FREIRE GOMES

PERMISSÃO ACQ. CAT. HAB.
 AE

N.º REGISTRO **03833128295**

VALIDADE **17/06/2031**

N.º HABILITAÇÃO **03/05/2006**

OBSERVAÇÕES

Marta do Socorro G. de Lima
 ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL **SALGUEIRO, PE**

DATA EMISSÃO **18/06/2021**

Roberto Carlos Moreira Fontelles
 Roberto Carlos Moreira Fontelles
 Diretor Presidente
 ASSINATURA DO EMISSOR

PERNAMBUCO

08554506936
PE105707252

PROIBIDO PLASTIFICAR
2234621960

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
2234621960

DE NATRAN CONTRAN

DM do So como furos se hma

Declaracão

Declaro p os devidos fins que o senhor
supracitado é cuidador de senhora Alzina
Jobina Kure, 84 anos, portadora de quisto
ossifica bilateral, acidente.


Carlos Eduardo Quirino
Médico - Ortopedista
CRM-14591 / TEOT-10497

16.01.23.





Excelentíssimo:

Prefeito
 Secretário (a)

NOME: Maria do Socorro Gomes de Lima CPF: 027.856.654-14

CARGO OU FUNÇÃO: Professora MATRICULA Nº: _____

SECRETARIA: _____ LOCAL DE TRABALHO: GMOB/015

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 FAMILIA |
| <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 PREMIO |
| <input type="checkbox"/> LICENÇA À GESTANTE | <input type="checkbox"/> DECLARAÇÃO |
| <input type="checkbox"/> LICENÇA SEM VENCIMENTOS | <input checked="" type="checkbox"/> OUTROS |

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

Solicito licença por motivo de doença em pessoa da família pelo prazo de 30 dias a partir 02 de fevereiro de 2023.

Maria do Socorro G. Lima
ASSINATURA DO REQUERENTE

AUTORIZAÇÃO DO GESTOR

Data: 31/01/2023

Data: ___/___/___