



REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

Excelentíssimo:

- Sr. Prefeito
 Sr. Secretário(a)

NOME: <i>Simara de Carvalho Leite</i>	CPF: <i>074.092.514-84</i>
CARGO/FUNÇÃO: <i>Técnico de enfermagem</i>	MATRICULA Nº:
SECRETARIA <i>Sec. de Saúde</i>	LOCAL DE TRABALHO: <i>HPP</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

Simara de Carvalho Leite
Assinatura do(a) requerente
Data: *31/01/2024*

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



SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL INÁCIO DE S

LICENÇA MATERNIDADE

Atesto para os devidos fins que Simara
a Carvalho Leite necessita
afastar-se de suas atividades a partir desta data pelo
período de:

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

Salgueiro 31/01/24

Dra. Veridiane Sá
Ginecologia e Obstetrícia
CRM-PP 15876 RQE-4878

Módulo



Número do Cartão Nacional de Saúde do RN
701 0058 7170 1097

Identificação do Recém-nascido

1 Nome do Recém-nascido (RN) _____

Data e hora do nascimento
2 Data 3 1 0 1 2 0 2 4 Hora 11 : 40 3 Sexo M - Masculino I - Ignorado F - Feminino 4 Raça / cor do Recém-nascido Branca Amarela Indígena Preta Parda

4 Peso ao nascer 2,936 em gramas 5 Índice de Apgar - 1º e 5º minutos 0 9 0 9 6 Comprimento 43,5 Em cm 1 casa decimal 7 Perímetro cefálico 34,5 Em cm 1 casa decimal 8 Detectada alguma anomalia congênita? Usar o bloco anomalia congênita para descrevê-las Sim Não Ignorado

Local da Ocorrência

7 Local da ocorrência Hospital Domicílio Aldeia indígena Outros estab. saúde Outros Ignorado 8 Estabelecimento Hospital Regional Inácio de Sá Código CNES _____

9 Endereço da ocorrência, se fora do estab. ou da resid. da(o) parturiente (rua, praça, avenida, etc) R. Antônio de Alencar Sampaio Número 346 Complemento _____ 10 CEP 56000000

11 Bairro/Distrito Planalto Código _____ 12 Município de ocorrência Solgueiro Código 0263220 13 UF PE

Parturiente

14 Nome Sinara de Carvalho Bente 15 Cartão SUS 300004507569522

16 Escolaridade (última série concluída) Nível 0 Sem escolaridade 3 Médio (antigo 2º grau) Ignorado 1 Fundamental I (1ª a 4ª série) 4 Superior incompleto 2 Fundamental II (5ª a 8ª série) 5 Superior completo 17 Ocupação habitual (informar anterior, se aposentada(o)/desempregada(o)) Técnica de enfermagem Código CBO 2002 _____

18 Data de nascimento 27/04/1988 19 Idade (anos) 35 20 Naturalidade Solgueiro / PE Município / UF (se estrangeira(o) informar País) _____

21 Situação conjugal Solteira (o) Casada (o) Viúva (o) 4 Separada (o) / divorciada (o) 5 União estável 9 Ignorado 22 Raça / Cor Branca Preta Amarela Parda Indígena

Residência 23 Logradouro Av. Projetada 2 Número 10 Complemento _____ 24 CEP 56000000

25 Bairro/Distrito Novo Solgueiro Código _____ 26 Município Solgueiro Código 0263220 27 UF PE

Resp. legal

28 Nome _____ 29 Idade _____

Gestação e parto

Gestações anteriores 30 Histórico gestacional

▪ Nº gestações anteriores 0 1 ▪ Nº de partos vaginais 0 0 ▪ Nº de cesáreas 0 1 ▪ Nº de nascidos vivos 0 1 ▪ Nº de perdas fetais / abortos 0 0

Gestação atual 31 Data da Última Menstruação (DUM) 13/05/23 32 Nº de semanas de gestação, se DUM ignorada _____ Método utilizado para estimar Exame Físico Outro método Ignorado 33 Número de consultas de pré-natal 1 6 34 Mês de gestação em que iniciou o pré-natal 2 35 Tipo de gravidez Única Dupla Tripla ou mais Ignorado 36 Apresentação Cefálica Pélvica ou Podálica Transversa Ignorado 37 O Trabalho de parto foi induzido? Sim Não Ignorado 38 Tipo de parto Vaginal Cesáreo Ignorado 39 Cesáreo ocorreu antes do trabalho de parto iniciar? Sim Não Não se aplica Ignorado 40 Nascimento assistido por Médico Enfermagem ou Obstetriz Parteira Outros Ignorado

Anomalia congênita

41 Descrever todas as anomalias congêntas observadas _____

Preenchimento

42 Data do preenchimento 31/01/2024 43 Nome do responsável pelo preenchimento Ana Carla T. de Sá Menezes 44 Função Médico Enfermagem Parteira Func. Cartório Outros (descrever) _____

45 Tipo documento CNES CRM COREN RG CPF _____ 46 Nº do documento 1623276 47 Órgão emissor PE

Cartório

48 Cartório _____ Código _____ 49 Registro _____ 50 Data _____ 51 Município _____ 52 UF _____

ATENÇÃO: ESTE DOCUMENTO NÃO SUBSTITUI A CERTIDÃO DE NASCIMENTO
O Registro de Nascimento é obrigatório por lei.
Para registrar esta criança, a(o) responsável deverá levar este documento ao cartório de registro civil.