



REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

Excedente em:

- Sr. Prefeito
 Sr. Secretário(a)

NOME: *Olivia Batista Oliveira* CPF: *089.038.614-50*

CARGO/FUNÇÃO: *Auxiliar de saúde bucal* MATRÍCULA Nº:

SECRETARIA: *Secretaria de saúde* LOCAL DE TRABALHO: *UBS III - Lagoa*

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

Olivia Batista Oliveira
Assinatura do(a) requerente
Data: *08/12/2025*

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



Dr. JOSÉ CLÁUDIO DE SÁ CARVALHO – CRM 6971
GINECOLOGIA – OBSTETRÍCIA – CIRURGIA – COLPOSCOPIA
R. JOAQUIM SAMPAIO, 400, SALGUEIRO, PE

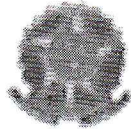
LICENÇA MATERNIDADE

Atesto para os devidos fins que a
Sra. Olivia Batista de Oliveira
encontra-se no 9º (novo) mês de gestação, necessitando de
180 (cento e oitenta) dias de
afastamento do trabalho (escola) a partir desta data.

Salgueiro, 03 de dezembro de 2025

J. C. Sá

Dr. José Claudio de Sá Carvalho
Ginecologia / Colposcopia
CRM 6971



REPÚBLICA REPUBLICA DO BRASIL
 REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

Nome
JADE OLIVEIRA CARVALHO

Número do CPF
029.599.784-07

Matrícula
076588 01 55 2025 1 00084 033 0052062 65

Data do nascimento

Três de dezembro de dois mil e vinte e cinco

Dia Mês Ano

03 12 2025

Nome de nascimento

Município de naturalidade

Salgueiro

UF

PE

Endereço de nascimento

Fundo: Bairro São Francisco AVENIDA ANTONIO
 AVENUE LUIZ SÃO SANTO ANTONIO

Município de nascimento

Salgueiro

UF

PE

Sexo

Feminino

Nome do(a) Genitor(a)

MARCELO DA SILVA CARVALHO

Município de nascimento

Salgueiro

UF

PE

Avô(s) respectivo(s)

MILTÃO DE SÁ CARVALHO; ROSA MARIA DA SILVA E SÁ

Nome do(a) Genitor(a)

OLVIA BATISTA OLIVEIRA

Município de nascimento

Parnamirim

UF

PE

Avô(s) respectivo(s)

JOSÉ RENATO BATISTA; MARIA ESPEDITA OLIVEIRA BATISTA

Data de registro

Cinco de dezembro de dois mil e vinte e cinco

DNV

Anotações/Averbações

30-96180481-1

Não constam averbações à margem do termo ATO GRATUITO Digitada e conferida por KA

Nome do órgão
 Serviço de Registro Civil de Pessoas Naturais
 Oficial registrador
 Maria de Fátima Cavalcanti Cruz
 Município/UF
 Salgueiro - PE/PE
 Endereço
 Rua Castelo Branco, nº 205

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé
 Salgueiro - PE, 05 de dezembro de 2025.

Maria de Fátima Cavalcanti Cruz

Oficiala

Telefone
 (071) 3331-2500

Selo 0076588 OY11202502.00236
 Consulte autenticidade em www.tpe.jus.br/selodigital

CANTORIO REGISTRO CIVIL
 Maria de Fátima Cavalcanti Cruz
 Oficiala
 Maria Geralda Bezerra Rocha Alves
 Substata
 CNPJ: 00.482.719/0001-08
 Salgueiro PE



NÃO PLASTIFICAR