



## Requerimento

Ao diretor de Recursos Humanos

Ilmo. Diretor,

|   |                          |
|---|--------------------------|
| Nome:<br><i>Célia Chaves de Albuquerque</i> | Matricula:<br><i>125</i> |
|---|--------------------------|

|                               |                                   |
|-------------------------------|-----------------------------------|
| CPF:<br><i>324 591 814-34</i> | Telefone:<br><i>83 9-99558784</i> |
|-------------------------------|-----------------------------------|

|   |                              |
|---|------------------------------|
| Endereço:<br><i>Edilson Paiva de Araújo</i> | Bairro:<br><i>Banqueiros</i> |
|---|------------------------------|

|                   |                             |                   |
|-------------------|-----------------------------|-------------------|
| Nº:<br><i>355</i> | Cidade:<br><i>foco feno</i> | CEP:<br><i>58</i> |
|-------------------|-----------------------------|-------------------|

|                               |                               |                                  |
|-------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|
| Profissão:<br><i>Dentista</i> | Regime:<br><i>estatutário</i> | Lotação:<br><i>Dep. de Saúde</i> |
|-------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|

Venho respeitosamente requerer a Vossa Senhoria que se digne conceder-lhe:

|                                     |                 |
|-------------------------------------|-----------------|
| <input type="checkbox"/>            | CTC             |
| <input type="checkbox"/>            | Licença premio  |
| <input type="checkbox"/>            | Feria           |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Outros <i>X</i> |

Obs.:  
*Requerendo a complementação do décimo*

Caaporã, 27 / 01 2020

*Célia Chaves de Albuquerque*

Requerente

**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**  
**DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO**  
**CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO**

**Nome:** CELIA CHAVES DE ALBUQUERQUE

**DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR DE:** SSP PB

**CPF:** 324.591.814-34 **DATA NASCIMENTO:** 27/10/1962

**FIÇÃO:** ARNOBIO VITURINO CHAVES  
ALAY ALEXANDRE CHAVES

**PERMISSÃO:** ACC **CAIXAS:** B

**Nº REGISTRO:** 00419440300 **VALIDADE:** 30/01/2019 **1ª HABILITAÇÃO:** 06/08/1988

**Observações:**

*Celia Chaves de Albuquerque*  
ASSINATURA DO PORTADOR

**LOCAL:** JOAO PESSOA, PB **DATA EMISSÃO:** 31/01/2014

*Roberto Carneiro*  
ASSINATURA DO EMISSOR

**06792146201**  
**PB028023030**

**DETRAN - PB (PARAÍBA)**

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 894123515

PROIBIDO PLASTIFICAR 894123515

1033 001 00021527-0 10/17

**CELIA CHAVES ALBUQUERQUE**

**6277 8009 4325 5998**

**CAIXA**  
CONTA CORRENTE

ébito

10



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAAPORÃ

PARAÍBA

Rua Salomão Veloso, N.º 30

Fone: 286.1014

C.G.C. N.º 08.865.644/0001-54.

PORTARIA Nº 87/89

Em, 18 de setembro de 1989.

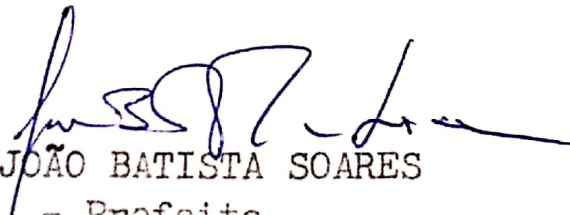
O PREFEITO CONSTITUCIONAL DO MUNICÍPIO DE CAAPORÃ, Esta do da Paraíba, no uso de suas atribuições que lhe são conferida por Lei,

R E S O L V E:

Conceder interrupção de contrato de trabalho a servido ra CÉLIA ALEXANDRE CHAVES, Dentista, pelo regime C.L.T., de acor do com o requerimento datado de 30-08-1989.

Esta Portaria retroage seus efeitos a partir do dia 30-08-1989.

Caaporã(Pb), 18 de setembro de 1989.

  
JOÃO BATISTA SOARES  
- Prefeito -