



GOVERNO DO TOCANTINS  
SECRETARIA DA ADMINISTRAÇÃO



## REQUERIMENTO

**Nome** Artur Labre Bitar

**Nº Funcional** 11538449-2

**CPF** 022.724.361-70

**Órgão** Secretaria da Saúde

**Lotação** Diretoria de Gestão da Hemorrede

**Cargo/Função** Médico

**Endereço Residencial** 308 S AL 01 LT 50

**Município** PALMAS

**UF** TO

**CEP** 77021-060

**Telefone** (63) 8404-9880

**Solicitação**

### Requerimentos diversos

#### Descrição

Solicito avaliação do pedido para recebimento da gratificação extraordinária por Covid-19.

#### Assinaturas

*Artur Labre Bitar*

Dr. Artur Labre Bitar  
Médico  
CRM-TO 3455

Assinatura

Artur Labre Bitar

*05/08/2020*

Data

Assinatura

Chefe Imediato

Data

Assinatura

Chefe Mediato

Data





GOVERNO DO TOCANTINS  
SECRETARIA DA ADMINISTRAÇÃO

REQUERIMENTO

**Nome** Carmecita Cassia Gomes Da Silva Rodrigues

**Nº Funcional** 570610-1

**CPF** 461.412.601-44

**Órgão** Secretaria da Saúde

**Lotação** Diretoria de Gestão da Hemorrede

**Cargo/Função** Auxiliar de Enfermagem

**Endereço Residencial** RUA T25 QUADRA 43 A LOTE 287

**Município** PALMAS

**CEP** 77270-000

**UF** TO

**Telefone** (63) 3571-2307

**Solicitação**

Requerimentos diversos

Descrição

SOLICITO AVALIAÇÃO PARA RECEBIMENTO DE GRATIFICAÇÃO EXTRAORDINÁRIA PARA COVID-19

Assinaturas

*Carmecita Cassia G. Silva Rodrigues*

Assinatura

Carmecita Cassia Gomes Da Silva Rodrigues

*06/08/2020*  
Data

Assinatura

Data

Chefe Imediato

Data

Assinatura

Chefe Mediato





GOVERNO DO TOCANTINS  
SECRETARIA DA ADMINISTRAÇÃO

REQUERIMENTO

**Nome** Cicera Helena De Araujo Vale Silva

**Nº Funcional** 1082426-1

**CPF** 981.077.121-53

**Órgão** Secretaria da Saúde

**Lotação** Diretoria de Gestão da Hemorrede

**Cargo/Função** Assistente de Serviços de Saúde

**Endereço Residencial** 1003 SUL ALAMEDA 12 QI 07 LOTE 06 RESIDENCIAL ASTOR

**Município** PALMAS

**CEP** 77018-410

**UF** TO

**Telefone** (63) 8412-3561

**Solicitação**

Requerimentos diversos

Descrição

SOLICITO AVALIAÇÃO DO PEDIDO PARA RECEBIMENTO DA GRATIFICAÇÃO EXTRAORDINÁRIA POR COVID 19.

Assinaturas

Assinatura

Cícera Helena De Araujo Vale Silva

*Cícera Helena De Araujo Vale Silva*

Data

06/08/2020

Assinatura

Chefe Imediato

Data

Assinatura

Chefe Mediato

Data





GOVERNO DO TOCANTINS  
SECRETARIA DA ADMINISTRAÇÃO



## REQUERIMENTO

**Nome** Delzuita Ferreira Da Silva

**Nº Funcional** 85240-3

**CPF** 012.452.931-33

**Órgão** Secretaria da Segurança Pública

**Lotação** Núcleo Especializado de Medicina Legal - Palmas

**Cargo/Função** Agente de Necrotomia

**Endereço Residencial** QD 1406 SUL AL 05 QI 12 LT 03

**Município** PALMAS

**CEP** 77025-190

**UF** TO

**Telefone** (63) 98422-3137

### Solicitação

### Requerimentos diversos

#### Descrição

SOLICITO AVALIAÇÃO PARA RECEBIMENTO DE GRATIFICAÇÃO EXTRAORDINÁRIA POR COVID-19.

### Assinaturas

Assinatura

Delzuita Ferreira Da Silva

*Delzuita F. de Silva*

Data

*06/08/2020*

Assinatura

Chefe Imediato

Data

Assinatura

Chefe Mediato

Data





GOVERNO DO TOCANTINS  
SECRETARIA DA ADMINISTRAÇÃO



## REQUERIMENTO

**Nome** Deusivania Batista Gloria

**Nº Funcional** 1279289-1

**CPF** 015.853.761-08

**Órgão** Secretaria da Saúde

**Lotação** Gerência Técnica do Hemocentro Coord de Palmas

**Cargo/Função** Técnico em Enfermagem

**Endereço Residencial** 1004 S ALAMEDA 11 S N LT HM 24 BLHAPTO 124

**Município** PALMAS

**CEP** 77023-512

**UF** TO

**Telefone** (63) 99258-6059

**Solicitação**

### Requerimentos diversos

#### Descrição

Solicito Avaliação do Pedido para Recebimento da Gratificação Extraordinária por Covid-19.

**Assinaturas**

*Deusivânia Batista Glória*

Assinatura

Deusivania Batista Gloria

05.08.2020

Data

Assinatura

Chefe Imediato

Data

Assinatura

Chefe Mediato

Data





GOVERNO DO TOCANTINS  
SECRETARIA DA ADMINISTRAÇÃO

REQUERIMENTO

**Nome** Dileane Vieira Brito

**Nº Funcional** 743668-1

**CPF** 617.641.831-34

**Órgão** Secretaria da Saúde

**Lotação** Gerência de Gestão do Hemocentro de Palmas

**Cargo/Função** Auxiliar de Enfermagem

**Endereço Residencial** 307 NORTE ALAMEDA 22 LOTE 79 CASA02

**Município** PALMAS

**CEP** 77001-430

**UF** TO

**Telefone** (63) 9976-4048

**Solicitação**

Requerimentos diversos

Descrição

SOLICITO AVALIAÇÃO DE PEDIDO PARA RECEBIMENTO DA GRATIFICAÇÃO EXTRAORDINÁRIA POR COVID -19

Assinaturas

Assinatura

Dileane Vieira Brito

Data

05/08/2020

Assinatura

Chefe Imediato

Data

Assinatura

Chefe Mediato

Data





GOVERNO DO TOCANTINS  
SECRETARIA DA ADMINISTRAÇÃO

## REQUERIMENTO

**Nome** Doracy Ribeiro De Souza

**Nº Funcional** 11510161-4

**CPF** 505.089.111-68

**Órgão** Secretaria da Saúde

**Lotação** Gerência Técnica do Hemocentro Coord de Palmas

**Cargo/Função** Técnico em Enfermagem

**Endereço Residencial** AUR II 01 N 0 QD 14 LT

**Município** PALMAS

**CEP** 77060-184

**UF** TO

**Telefone** (63) 98460-4428

**Solicitação**

### Requerimentos diversos

#### Descrição

SOLICITO AVALIAÇÃO PARA RECEBIMENTO DE GRATIFICAÇÃO EXTRAORDINÁRIA PARA COVID 19.

**Assinaturas** *Doracy Ribeiro de Souza*

Assinatura

Doracy Ribeiro De Souza

Data *04/08/2020*

Assinatura

Chefe Imediato

Data

Assinatura

Chefe Mediato

Data





GOVERNO DO TOCANTINS  
SECRETARIA DA ADMINISTRAÇÃO

## REQUERIMENTO

**Nome** Eziane De Fatima Paraense Da Costa

**Nº Funcional** 791262-1

**CPF** 647.513.682-49

**Órgão** Secretaria da Saúde

**Lotação** Diretoria de Gestão da Hemorrede

**Cargo/Função** Enfermeiro

**Endereço Residencial** 1204 SUL QD 13 LT 01 RESIDENCIAL MARAGOGI AP 502 B

**Município** PALMAS

**CEP** 77019-502

**UF** TO

**Telefone** (63) 98138-6765

**Solicitação**

### Requerimentos diversos

#### Descrição

Solicito avaliação do pedido para recebimento de gratificação extraordinária por COVID -19.

**Assinaturas**

*Eziane de Fatima Paraense Da Costa*

07/08/2020

Assinatura

Eziane De Fatima Paraense Da Costa

Data

Assinatura

Chefe Imediato

Assinatura

Chefe Mediato

Data

Data





GOVERNO DO TOCANTINS  
SECRETARIA DA ADMINISTRAÇÃO



## REQUERIMENTO

**Nome** Flavia Denise Dias Queiroz Vieira

**CPF** 849.624.376-15

**Nº Funcional** 960941-1

**Órgão** Secretaria da Saúde

**Lotação** Hemocentro Regional de Palmas

**Cargo/Função** Enfermeiro

**Endereço Residencial** ORLA 14 QUADRA 3A

**Município** PALMAS

**CEP** 77026-005

**UF** TO

**Telefone** (63) 99981-1975

**Solicitação**

### Requerimentos diversos

#### Descrição

SOLICITO AVALIAÇÃO PARA RECEBIMENTO DE GRATIFICAÇÃO EXTRAORDINÁRIA PARA COVID-19

### Assinaturas

Assinatura

Flavia Denise Dias Queiroz Vieira

Data 04/08/2020

Data

Assinatura  
Chefe Imediato

Data

Assinatura  
Chefe Mediato





GOVERNO DO TOCANTINS  
SECRETARIA DA ADMINISTRAÇÃO



## REQUERIMENTO

**Nome** Francilene Guimaraes De Sousa

**Nº Funcional** 847735-1

**CPF** 761.035.951-34

**Órgão** Secretaria da Saúde

**Lotação** Gerência de Gestão do Hemocentro de Palmas

**Cargo/Função** Auxiliar de Enfermagem

**Endereço Residencial** 806 SUL ALAMEDA 07 LOTE 09

**Município** PALMAS

**CEP** 77023-072

**UF** TO

**Telefone** (63) 98407-3963

**Solicitação**

### Requerimentos diversos

#### Descrição

Solicito Avaliação do Pedido para Recebimento da Gratificação Extraordinária por Covid-19.

**Assinaturas**

*Francilene Guimaraes de Sousa*

Assinatura

Francilene Guimaraes De Sousa

Data, 05/08/2020

Assinatura

Data

Chefe Imediato

Data

Assinatura

Chefe Mediato





GOVERNO DO TOCANTINS  
SECRETARIA DA ADMINISTRAÇÃO



## REQUERIMENTO

**Nome** Francilene Guimaraes De Sousa

**Nº Funcional** 847735-2

**CPF** 761.035.951-34

**Órgão** Secretaria da Saúde

**Lotação** Hemocentro Regional de Palmas

**Cargo/Função** Técnico em Enfermagem

**Endereço Residencial** 806 SUL ALAMEDA 07 LOTE 09

**Município** PALMAS

**CEP** 77023-072

**UF** TO

**Telefone** (63) 98407-3963

**Solicitação**

### Requerimentos diversos

#### Descrição

Solicito Avaliação do Pedido para Recebimento da Gratificação Extraordinária por Covid-19.

**Assinaturas**

*Francilene Guimaraes de Sousa*

Assinatura

Francilene Guimaraes De Sousa

Data, 05/08/2020

Assinatura

Chefe Imediato

Data

Assinatura

Chefe Mediato

Data





GOVERNO DO TOCANTINS  
SECRETARIA DA ADMINISTRAÇÃO



## REQUERIMENTO

**Nome** Francisca Rosa Ferreira Nascimento Santos

**Nº Funcional** 371250-2

**CPF** 292.673.153-15

**Órgão** Secretaria da Saúde

**Lotação** Gerência de Gestão do Hemocentro de Palmas

**Cargo/Função** Técnico em Enfermagem

**Endereço Residencial** 409 NORTE ALAMEDA 10 CASA 37

**Município** PALMAS

**CEP** 77001-612

**UF** TO

**Telefone** (63) 98465-9974

**Solicitação**

### Requerimentos diversos

#### Descrição

SOLICITO AVALIAÇÃO DO PEDIDO PARA RECEBIMENTO DE GRATIFICAÇÃO EXTRAORDINÁRIA POR COVID-19.

### Assinaturas

Assinatura

Francisca Rosa Ferreira Nascimento Santos  
*Francisca Rosa F. N. Santos*

Data 05/08/2020

Assinatura

Chefe Imediato

Data

Assinatura

Chefe Mediato

Data





GOVERNO DO TOCANTINS  
SECRETARIA DA ADMINISTRAÇÃO



## REQUERIMENTO

**Nome** Gercilene Gloria Da Rocha

**Nº Funcional** 1012215-2

**CPF** 893.795.431-15

**Órgão** Secretaria da Saúde

**Lotação** Gerência de Gestão do Hemocentro de Palmas

**Cargo/Função** Auxiliar de Enfermagem

**Endereço Residencial** 606 N 0 RUA 02 QI 04 LT

**Município** Palmas

**CEP** 77006-800

**UF** TO

**Telefone** (63) 98442-8952

**Solicitação**

### Requerimentos diversos

#### Descrição

Solicito Avaliação do Pedido para Recebimento da Gratificação Extraordinária por Covid-19

**Assinaturas**

*Gercilene G. da Rocha*

Assinatura

Gercilene Gloria Da Rocha

Data

04/08/2020

Assinatura

Chefe Imediato

Data

Assinatura

Chefe Mediato

Data





GOVERNO DO TOCANTINS  
SECRETARIA DA ADMINISTRAÇÃO



## REQUERIMENTO

**Nome** Helenice Dos Santos Alecrim

**Nº Funcional** 548290-1

**CPF** 439.073.501-20

**Órgão** Secretaria da Saúde

**Lotação** Gerência Técnica do Hemocentro Coord de Palmas

**Cargo/Função** Requisitado

**Endereço Residencial** ORLA 14 311 SUL AL 12 QI 13

**Município** PALMAS

**CEP** 77026-060

**UF** TO

**Telefone** (63) 98512-9784

**Solicitação**

### Requerimentos diversos

#### Descrição

Solicito Avaliação do Pedido para Recebimento da Gratificação Extraordinária por Covid-19

**Assinaturas**

*Helenice Dos Santos Alecrim*

*05-08-2020*

Assinatura

Helenice Dos Santos Alecrim

Data

Assinatura

Chefe Imediato

Data

Assinatura

Chefe Mediato

Data





GOVERNO DO TOCANTINS  
SECRETARIA DA ADMINISTRAÇÃO



## REQUERIMENTO

**Nome** Iracely Oliveira Souza

**Nº Funcional** 669109-2

**CPF** 557.222.961-04

**Órgão** Secretaria da Saúde

**Lotação** Diretoria de Gestão da Hemorrede

**Cargo/Função** Técnico em Enfermagem

**Endereço Residencial** RUA 38 QD 110 LOTE 16

**Município** PALMAS

**CEP** 77062-046

**UF** TO

**Telefone** (63) 99244-8310

**Solicitação**

### Requerimentos diversos

#### Descrição

Solicito Avaliação do Pedido para Recebimento da Gratificação Extraordinária por Covid-19.

**Assinaturas**

*Iracely Oliveira Souza*

*05.08.2020*

Assinatura

**Iracely Oliveira Souza**

**Data**

Assinatura

**Chefe Imediato**

**Data**

Assinatura

**Chefe Mediato**

**Data**





GOVERNO DO TOCANTINS  
SECRETARIA DA ADMINISTRAÇÃO



## REQUERIMENTO

**Nome** Isadora Lauria Gerbis

**Nº Funcional** 89634-2

**CPF** 013.530.496-20

**Órgão** Secretaria da Saúde

**Lotação** Gerência Técnica do Hemocentro Coord de Palmas

**Cargo/Função** Enfermeiro

**Endereço Residencial** 706 SUL ALAMEDA 25 LOTE 13 CASA 07

**Município** Palmas

**CEP** 77022-400

**UF** TO

**Telefone** (63) 99201-4622

**Solicitação**

### Requerimentos diversos

#### Descrição

Solicito avaliação do Pedido para recebimento da Gratificação Extraordinária por Covid-19.

**Assinaturas**

Assinatura

Isadora Lauria Gerbis

05/08/2020

Data

Assinatura

Chefe Imediato

Data

Assinatura

Chefe Mediato

Data





GOVERNO DO TOCANTINS  
SECRETARIA DA ADMINISTRAÇÃO



## REQUERIMENTO

**Nome** Izaura Ligia Couto De Medeiros

**Nº Funcional** 11576103-1

**CPF** 966.792.201-49

**Órgão** Secretaria da Saúde

**Lotação** Gerência Técnica do Hemocentro Coord de Palmas

**Cargo/Função** Requisitado

**Endereço Residencial** QUADRA 106 N AL 02 LT 13 BL A APTO 202

**Município** PALMAS

**CEP** 77006-052

**UF** TO

**Telefone** (63) 99105-1263

**Solicitação**

### Requerimentos diversos

#### Descrição

Solicito avaliação para recebimento de gratificação extraordinária por COVID 19.

**Assinaturas**

Assinatura

Izaura Ligia Couto De Medeiros

05/08/2020  
Data

Data

Assinatura  
Chefe Imediato

Data

Assinatura  
Chefe Mediato



GOVERNO DO TOCANTINS  
SECRETARIA DA ADMINISTRAÇÃO



## REQUERIMENTO

**Nome** Jamilton Cirino Dos Santos

**Nº Funcional** 641252-2

**CPF** 527.580.361-34

**Órgão** Secretaria da Saúde

**Lotação** Gerência de Gestão do Hemocentro de Palmas

**Cargo/Função** Técnico em Enfermagem

**Endereço Residencial** 404 NORTE AC 16 LT 01

**Município** Palmas

**CEP** 77006-442

**UF** TO

**Telefone** (63) 98131-5838

**Solicitação**

### Requerimentos diversos

#### Descrição

SOLICITO AVALIAÇÃO PARA RECEBIMENTO DE GRATIFICAÇÃO EXTRAORDINÁRIA POR COVID-19.

### Assinaturas

Assinatura

Jamilton Cirino Dos Santos

*Jamilton Cirino Dos Santos*

Data

06.08.2020.

Assinatura

Chefe Imediato

Data

Data

Assinatura

Chefe Mediato





GOVERNO DO TOCANTINS  
SECRETARIA DA ADMINISTRAÇÃO

REQUERIMENTO

**Nome** Joana Darc Barros Vargas

**Nº Funcional** 1184083-6

**CPF** 380.811.302-25

**Órgão** Secretaria da Saúde

**Lotação** Gerência Técnica do Hemocentro Coord de Palmas

**Cargo/Função** Auxiliar em Serviços de Saúde I

**Endereço Residencial** 603 N AL 1 02 AL 16 QI

**Município** PALMAS

**CEP** 77001-887

**UF** TO

**Telefone** (63) 98503-0439

**Solicitação**

Requerimentos diversos

Descrição

SOLICITO AVALIAÇÃO DO PEDIDO PARA RECEBIMENTO DA GRATIFICAÇÃO EXTRAORDINÁRIA POR COVID -19

Assinaturas

*Joana Darc Barros Vargas*

Assinatura

Joana Darc Barros Vargas

Data 05-08-2020

Assinatura

Chefe Imediato

Data

Assinatura

Chefe Mediato

Data





GOVERNO DO TOCANTINS  
SECRETARIA DA ADMINISTRAÇÃO



## REQUERIMENTO

**Nome** Joicy Princeza De Portugal

**Nº Funcional** 1206311-1

**CPF** 737.779.782-72

**Órgão** Secretaria da Saúde

**Lotação** Diretoria de Gestão da Hemorrede

**Cargo/Função** Técnico em Enfermagem

**Endereço Residencial** QDR 110 N AL 05 N 71 CS 02

**Município** PALMAS

**CEP** 77006-126

**UF** TO

**Telefone** (63) 98100-7349

**Solicitação**

### Requerimentos diversos

#### Descrição

Solicito Avaliação para recebimento de gratificação extraordinária para COVID- 19

**Assinaturas**

Assinatura

Joicy Princeza De Portugal

Data

Assinatura

Assinatura

Data

Chefe Imediato

Data

Chefe Mediato





GOVERNO DO TOCANTINS  
SECRETARIA DA ADMINISTRAÇÃO

**REQUERIMENTO**

**Nome** Laila Ramos Vencio Teixeira  
**Nº Funcional** 439890-5 **CPF** 348.889.691-91  
**Órgão** Secretaria da Saúde  
**Lotação** Gerência Técnica do Hemocentro Coord de Palmas  
**Cargo/Função** Técnico em Enfermagem  
**Endereço Residencial** 904 S ALAMEDA 12 LT 40  
**Município** PALMAS **UF** TO  
**CEP** 77023-378  
**Telefone** (63) 98476-0235

**Solicitação**

**Requerimentos diversos**

**Descrição**

Solicito Avaliação do Pedido para Recebimento da Gratificação Extraordinária por Covid-19.

**Assinaturas**

*Laila Ramos Vencio Teixeira*

Assinatura

Laila Ramos Vencio Teixeira

05-8-20

Data

Data

Assinatura  
Chefe Imediato

Data

Assinatura  
Chefe Mediato





GOVERNO DO TOCANTINS  
SECRETARIA DA ADMINISTRAÇÃO

**REQUERIMENTO**

**Nome** Leilla Molfi

**Nº Funcional** 11687711-1

**CPF** 051.529.701-12

**Órgão** Secretaria da Saúde

**Lotação** Gerência Técnica do Hemocentro Coord de Palmas

**Cargo/Função** Médico

**Endereço Residencial** 507 SUL ALAMEDA 23 S N

**Município** PALMAS

**CEP** 77016-178

**UF** TO

**Telefone** (63) 99206-0101

**Solicitação**

**Requerimentos diversos**

**Descrição**

Solicito avaliação do pedido para recebimento de gratificação extraordinária para o COVID 19.

**Assinaturas**

Assinatura

Leilla Molfi

Data 07/08/2020.

Assinatura

Chefe Imediato

Data

Assinatura

Chefe Mediato

Data



GOVERNO DO TOCANTINS  
SECRETARIA DA ADMINISTRAÇÃO



## REQUERIMENTO

**Nome** Lelicio Ribeiro Neves

**Nº Funcional** 1035843-1

**CPF** 920.732.396-68

**Órgão** Secretaria da Saúde

**Lotação** Gerência de Gestão do Hemocentro de Palmas

**Cargo/Função** Auxiliar de Enfermagem

**Endereço Residencial** RESIDENCIAL JARDIM DO PORTO AV A LOTE 11 QUADRA 05

**Município** PORTO NACIONAL

**CEP** 77500-000

**UF** TO

**Telefone** (63) 98148-3274

**Solicitação**

### Requerimentos diversos

#### Descrição

SOLICITO AVALIAÇÃO DE PEDIDO PARA RECEBIMENTO DA GRATIFICAÇÃO EXTRAORDINÁRIA POR COVID -19

### Assinaturas

Assinatura

Lelicio Ribeiro Neves

Data 05/08/2020.

Assinatura

Chefe Imediato

Data

Assinatura

Chefe Mediato

Data





GOVERNO DO TOCANTINS  
SECRETARIA DA ADMINISTRAÇÃO

REQUERIMENTO

**Nome** Licia Magna Rodrigues Santos Oliveira

**Nº Funcional** 845337-1

**CPF** 759.538.111-87

**Órgão** Secretaria da Saúde

**Lotação** Gerência de Gestão do Hemocentro de Palmas

**Cargo/Função** Auxiliar de Enfermagem

**Endereço Residencial** 303 NORTE ALAMEDA 06 LOTE 19

**Município** PALMAS

**CEP** 77001-250

**UF** TO

**Telefone** (63) 3224-5896

**Solicitação**

Requerimentos diversos

Descrição

SOLICITO AVALIAÇÃO DE PEDIDO PARA RECEBIMENTO DA GRATIFICAÇÃO EXTRAORDINÁRIA POR COVID -19

Assinaturas

Assinatura

Licia Magna Rodrigues Santos Oliveira

Data

*Licia Magna R. Santos Oliveira*

Assinatura

Assinatura

Data

Chefe Imediato

Data

Chefe Mediato





GOVERNO DO TOCANTINS  
SECRETARIA DA ADMINISTRAÇÃO



## REQUERIMENTO

**Nome** Luana Gomes Vieira

**Nº Funcional** 1066331-1

**CPF** 959.330.693-53

**Órgão** Secretaria da Saúde

**Lotação** Gerência de Gestão do Hemocentro de Palmas

**Cargo/Função** Enfermeiro

**Endereço Residencial** 306 Sul Al. 01 Cond Mirante Du Parck Apto 402

**Município** PALMAS

**CEP** 77021-050

**UF** TO

**Telefone** (63) 98119-9150

**Solicitação**

### Requerimentos diversos

#### Descrição

Solicito Avaliação do Pedido para Recebimento da Gratificação Extraordinária por Covid-19.

**Assinaturas**

Assinatura

Luana Gomes Vieira

Data

05/08/2020

Assinatura

**Chefe Imediato**

**Data**

Assinatura

**Chefe Mediato**

**Data**





GOVERNO DO TOCANTINS  
SECRETARIA DA ADMINISTRAÇÃO



## REQUERIMENTO

**Nome** Luciane Tavares Lacerda

**Nº Funcional** 1146254-1

**CPF** 018.264.401-43

**Órgão** Secretaria da Saúde

**Lotação** Diretoria de Gestão da Hemorrede

**Cargo/Função** Assistente de Serviços de Saúde

**Endereço Residencial** RUA MARANHÃO QSW1 LOTE 15

**Município** PALMAS

**CEP** 77060-132

**UF** TO

**Telefone** (63) 98484-6290

### Solicitação

### Requerimentos diversos

#### Descrição

SOLICITO AVALIAÇÃO PARA RECEBIMENTO DE GRATIFICAÇÃO EXTRAORDINÁRIA PARA COVID-19

### Assinaturas

Assinatura

Luciane Tavares Lacerda

Data

Assinatura

Chefe Imediato

Data

Assinatura

Chefe Mediato

Data



GOVERNO DO TOCANTINS  
SECRETARIA DA ADMINISTRAÇÃO



## REQUERIMENTO

**Nome** Maria De Fatima Gomes Da Cunha

**Nº Funcional** 490596-3

**CPF** 388.738.181-53

**Órgão** Secretaria da Saúde

**Lotação** Gerência Técnica do Hemocentro Coord de Palmas

**Cargo/Função** Enfermeiro

**Endereço Residencial** 208 SUL AL 01 HM 07 RES DAS ARTES BLC A APT 903

**Município** Palmas

**CEP** 77020-558

**UF** TO

**Telefone** (63) 3215-5554

**Solicitação**

### Requerimentos diversos

#### Descrição

Solicito avaliação do pedido para recebimento da gratificação extraordinária por Covid-19.

**Assinaturas**

*Maria de Fatima Gomes da Cunha 05.08.2020.*

Assinatura

Maria De Fatima Gomes Da Cunha

Data

Assinatura

Chefe Imediato

Data

Assinatura

Chefe Mediato

Data



GOVERNO DO TOCANTINS  
SECRETARIA DA ADMINISTRAÇÃO

REQUERIMENTO

**Nome** Maria Dos Reis Costa Sousa Lopes

**Nº Funcional** 798517-2

**CPF** 663.251.881-87

**Órgão** Secretaria da Saúde

**Lotação** Diretoria de Gestão da Hemorrede

**Cargo/Função** Auxiliar de Enfermagem

**Endereço Residencial** RUA GOIAS QD SE14 LT 20

**Município** PALMAS

**CEP** 77060-121

**UF** TO

**Telefone** (63) 99296-4612

**Solicitação**

Requerimentos diversos

Descrição

Solicito Avaliação do Pedido para Recebimento da Gratificação Extraordinária por Covid-19.

**Assinaturas**

Maria dos Reis Costa Sousa Lopes 07/08/20

Assinatura

Maria Dos Reis Costa Sousa Lopes

Data

Assinatura

Chefe Imediato

Data

Assinatura

Chefe Mediato

Data





GOVERNO DO TOCANTINS  
SECRETARIA DA ADMINISTRAÇÃO



## REQUERIMENTO

**Nome** Maria Jose Gomes De Oliveira

**Nº Funcional** 11695838-1

**CPF** 005.677.571-70

**Órgão** Secretaria da Saúde

**Lotação** Gerência Técnica do Hemocentro Coord de Palmas

**Cargo/Função** Técnico em Enfermagem

**Endereço Residencial** 506 N QI 12 SN AL 02 AV LO 16 LT 01 20C UC

**Município** PALMAS

**CEP** 77000-000

**UF** TO

**Telefone** (63) 99276-7790

### Solicitação

### Requerimentos diversos

#### Descrição

SOLICITO AVALIAÇÃO PARA RECEBIMENTO DE GRATIFICAÇÃO EXTRAORDINÁRIA PARA COVID 19.

#### Assinaturas

*Maria José Gomes de Oliveira*

Assinatura

Maria Jose Gomes De Oliveira

Data

Assinatura

Chefe Imediato

Assinatura

Chefe Mediato

Data

Data



GOVERNO DO TOCANTINS  
SECRETARIA DA ADMINISTRAÇÃO



## REQUERIMENTO

**Nome** Maria Lucia Da Silva Vencio

**Nº Funcional** 1286900-1

**CPF** 369.627.671-53

**Órgão** Secretaria da Saúde

**Lotação** Gerência de Gestão do Hemocentro de Palmas

**Cargo/Função** Técnico em Enfermagem

**Endereço Residencial** QD 706 SUL AL 02 LT 22

**Município** PALMAS

**CEP** 77022-372

**UF** TO

**Telefone** (63) 99275-2680

**Solicitação**

### Requerimentos diversos

#### Descrição

Solicito Avaliação do Pedido para Recebimento da Gratificação Extraordinária por Covid-19

**Assinaturas** *Maria Lucia da Silva Vencio* 05/08/2020

Assinatura

Maria Lucia Da Silva Vencio

Data

Assinatura

Chefe Imediato

Data

Assinatura

Chefe Mediato

Data





GOVERNO DO TOCANTINS  
SECRETARIA DA ADMINISTRAÇÃO



## REQUERIMENTO

**Nome** Maria Lucia Pereira Dos Santos

**Nº Funcional** 577290-2

**CPF** 467.876.581-68

**Órgão** Secretaria da Saúde

**Lotação** Gerência de Gestão do Hemocentro de Palmas

**Cargo/Função** Auxiliar de Enfermagem

**Endereço Residencial** 1104 SUL ALAMEDA 10 LOTE 10

**Município** PALMAS

**CEP** 77024-014

**UF** TO

**Telefone** (63) 98453-4463

**Solicitação**

### Requerimentos diversos

#### Descrição

Solicito Avaliação do Pedido para Recebimento da Gratificação Extraordinária por Covid-19.

**Assinaturas**

*Maria Lucia Pereira Dos Santos 07.08.2020*

Assinatura

Maria Lucia Pereira Dos Santos

06/08/2020

Data

Assinatura

Chefe Imediato

Data

Assinatura

Chefe Mediato

Data





GOVERNO DO TOCANTINS  
SECRETARIA DA ADMINISTRAÇÃO



## REQUERIMENTO

**Nome** Maria Nesmina De Souza Oliveira

**Nº Funcional** 828625-1

**CPF** 714.314.461-49

**Órgão** Secretaria da Saúde

**Lotação** Diretoria de Gestão da Hemorrede

**Cargo/Função** Auxiliar de Enfermagem

**Endereço Residencial** RUA S 4 LOTE 24 QUADRA 7 A

**Município** PALMAS

**CEP** 77064-574

**UF** TO

**Telefone** (63) 98409-3670

**Solicitação**

### Requerimentos diversos

#### Descrição

SOLICITO AVALIAÇÃO DE PEDIDO PARA RECEBIMENTO DA GRATIFICAÇÃO EXTRAORDINÁRIA POR COVID -19

**Assinaturas**

*Maria Nesmina De Souza Oliveira*

05.08.2020

Assinatura

Maria Nesmina De Souza Oliveira

Data

Assinatura

Chefe Imediato

Data

Assinatura

Chefe Mediato

Data





GOVERNO DO TOCANTINS  
SECRETARIA DA ADMINISTRAÇÃO



## REQUERIMENTO

**Nome** Marilena Soares Conceicao

**Nº Funcional** 599600-2

**CPF** 485.813.561-68

**Órgão** Secretaria da Saúde

**Lotação** Gerência de Gestão do Hemocentro de Palmas

**Cargo/Função** Técnico em Enfermagem

**Endereço Residencial** 1004 SUL ALAMEDA 13 LOTE 17 CASA 01

**Município** PALMAS

**CEP** 77023-524

**UF** TO

**Telefone** (63) 98431-6408

**Solicitação**

### Requerimentos diversos

#### Descrição

SOLICITO AVALIAÇÃO PARA RECEBIMENTO DE GRATIFICAÇÃO EXTRAORDINÁRIA POR COVID-19.

### Assinaturas

Assinatura

Marilena Soares Conceicao

Data 04/08/2020

Assinatura

Data

Chefe Imediato

Data

Assinatura

Chefe Mediato





GOVERNO DO TOCANTINS  
SECRETARIA DA ADMINISTRAÇÃO



## REQUERIMENTO

**Nome** Palmerinda Da Silva Rego

**Nº Funcional** 598310-2

**CPF** 485.432.761-87

**Órgão** Secretaria da Saúde

**Lotação** Hemocentro Regional de Palmas

**Cargo/Função** Auxiliar de Enfermagem

**Endereço Residencial** 210 SUL ALAMEDA 01 LOTE 24

**Município** PALMAS

**CEP** 77020-600

**UF** TO

**Telefone** (63) 98427-3413

**Solicitação**

### Requerimentos diversos

#### Descrição

SOLICITO AVALIAÇÃO DO PEDIDO PARA RECEBIMENTO DA GRATIFICAÇÃO EXTRAORDINÁRIA POR COVID - 19.

#### Assinaturas

*Palmerinda da Silva Rego*

Assinatura

Palmerinda Da Silva Rego

Data 07/08/2020

Data

Assinatura  
Chefe Imediato

Data

Assinatura  
Chefe Mediato

