



I Identificação do Recém-nascido	1 Nome do Recém-nascido (RN)									
	Data e hora do nascimento				3 Sexo		a Raça / cor do Recém-nascido			
	2 Data				M - Masculino <input type="checkbox"/> I - Ignorado F - Feminino <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> Branca 3 <input type="checkbox"/> Amarela 5 <input type="checkbox"/> Indígena 2 <input type="checkbox"/> Preta 4 <input type="checkbox"/> Parda			
II Local da Ocorrência	4 Peso ao nascer		5 Índice de Apgar - 1º e 5º minutos		b Comprimento		c Perímetro cefálico		6 Detectada alguma anomalia congênita?	
	em gramas		1º 5º		Em cm 1 casa decimal		Em cm 1 casa decimal		Usar o bloco anomalia congênita para descrevê-las 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado	
	7 Local da ocorrência			8 Estabelecimento			Código CNES			
III Parturiente	10 Hospital		3 Domicílio		5 Aldeia indígena		9 Ignorado		9 Endereço da ocorrência, se fora do estab. ou da resid. da(o) parturiente (rua, praça, avenida, etc)	
	2 Outros estab. saúde		4 Outros						Número Complemento 10 CEP	
	9 Endereço da ocorrência, se fora do estab. ou da resid. da(o) parturiente (rua, praça, avenida, etc)		Código		49 Município de ocorrência		Código		13 UF	
IV Mãe	14 Nome									
	16 Escolaridade (última série concluída)				17 Ocupação habitual		Código CBO 2002			
	Nível				Série		(Informar anterior, se aposentada(o)/desempregada(o))			
V Gestação e parto	18 Data de nascimento		19 Idade (anos)		20 Naturalidade		21 Situação conjugal		22 Raça / Cor	
					Município / UF (se estrangeira(o) informar País)		1 <input type="checkbox"/> Solteira (o) 4 <input type="checkbox"/> Separada (o) judicialmente/divorciada (o) 2 <input type="checkbox"/> Casada (o) 5 <input type="checkbox"/> União estável 3 <input type="checkbox"/> Viúva (o) 9 <input type="checkbox"/> Ignorado		1 <input type="checkbox"/> Branca 4 <input type="checkbox"/> Parda 2 <input type="checkbox"/> Preta 5 <input type="checkbox"/> Indígena 3 <input type="checkbox"/> Amarela	
	23 Logradouro		24 CEP		Residência		Número Complemento		27 UF	
VI Anomalia congênita	25 Bairro/Distrito		Código		26 Município		Código		27 UF	
	28 Nome									
	29 Idade									
VII Preenchimento	30 Histórico gestacional									
	Nº gestações anteriores		Nº de partos vaginais		Nº de cesáreas		Nº de nascidos vivos		Nº de perdas fetais / abortos	
	31 Data da Última Menstruação (DUM)		33 Número de consultas de pré-natal		34 Mês de gestação em que iniciou o pré-natal		35 Tipo de gravidez		Parto	
VIII Cartório	32 Nº de semanas de gestação, se DUM ignorada		Método utilizado para estimar		36 Apresentação		37 O Trabalho de parto foi induzido?		38 Tipo de parto	
					1 <input type="checkbox"/> Única 2 <input type="checkbox"/> Dupla 3 <input type="checkbox"/> Tripla ou mais 9 <input type="checkbox"/> Ignorado		1 <input type="checkbox"/> Cefálica 2 <input type="checkbox"/> Pélvica ou Podálica 3 <input type="checkbox"/> Transversa 9 <input type="checkbox"/> Ignorado		1 <input type="checkbox"/> Vaginal 2 <input type="checkbox"/> Cesáreo 9 <input type="checkbox"/> Ignorado	
	39 Cesárea ocorreu antes do trabalho de parto iniciar?		40 Nascimento assistido por		41 Descrever todas as anomalias congênicas observadas		42 Data do preenchimento		43 Nome do responsável pelo preenchimento	
IX Cartório	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Não se aplica 9 <input type="checkbox"/> Ignorado		1 <input type="checkbox"/> Médico 2 <input type="checkbox"/> Enfermagem ou Obstetiz 3 <input type="checkbox"/> Parteira 4 <input type="checkbox"/> Outros 9 <input type="checkbox"/> Ignorado		44 Função		45 Tipo documento		46 Nº do documento	
					1 <input type="checkbox"/> Médico 2 <input type="checkbox"/> Enfermagem 3 <input type="checkbox"/> Parteira 4 <input type="checkbox"/> Func. Cartório 5 <input type="checkbox"/> Outros (descrever)		1 <input type="checkbox"/> CNES 2 <input type="checkbox"/> CRM 3 <input type="checkbox"/> COREN 4 <input type="checkbox"/> RG 5 <input type="checkbox"/> CPF		47 Órgão emissor	
	48 Registro		49 Data		50 Cartório		Código		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.

CECEPSON MATIAS DE ARAUJO
 RUA JOAQUIM F. JUSTO DE OLIVEIRA, S/N - CAZUZINHA
 INGA/PB. CEP: 56390000 (AG 113)
 CPF: 03041741128-9



Grupo MTC - CONVENCIONAL BARRA/T / Subgrupo B1
 Classe RESIDENCIAL / Subclasse BARRA RENDA
 Ligação MONOFÁSICO
 Roteiro 7-66-740-4300 Nº Medidor: 00008963119

UNIDADE CONSUMIDORA (UC)
 5/1867734-4

CADASTRE SUA FATURA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZANDO O CÓDIGO: 00018677344

VALOR DA FATURA
R\$ 31,20

VENCIMENTO
20/07/2022

REFERÊNCIA
Jul / 2022

CONSUMO
72 kWh
 2,40 kWh
 MÉDIA DIÁRIA
 LEITURA
 CONFIRMADA

SITUAÇÃO DE DÉBITOS

CCI	Descrição	Quant	Tarifa/Tributos	DESCRITIVO			ICMS Base Calc. (R\$)	IPI (%)	PIS (R\$)	COFINS (R\$)	PIS/COFINS (R\$)
				Valor Base Calc. (R\$)	ICMS (%)	Total (R\$)					
0601	Consumo de 30kWh-DR	30	0,204990	6,05	0,00	0,00	0,00	6,05	0,04	0,16	
0601	Consumo - 31 a 100kWh-BR	42	0,346110	14,53	0,00	0,00	0,00	14,53	0,09	0,45	
0610	Subsídio			20,94	0,00	0,00	0,00	20,94	0,14	0,64	
	LANÇAMENTOS E SERVIÇOS										
0607	CONTRIBUIÇÃO ILUM.PUBLICA			9,84	0,00	0,00	0,00	9,84	0,00	0,00	
0906	Devolução Subsídio			-20,16	0,00	0,00	0,00	-20,16	0,00	0,00	

CCI - Cód. de Operação de Item: TOTAL: 21,20 0,00 0,00 41,53 0,37 1,27
 Tarifa s/ Tributos: Até 30kWh 0,194350 Até 100kWh 0,333170

1eb7.2a1e.65c2.1c8c.b465.9b2a.e6e1.00e2

RESERVADO AO FISCO

HISTÓRICO DE CONSUMO (kWh)		COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
Mês	Consumo (kWh)	Descrição	Valor (R\$)
Jun/22	55	Serviços de Dist. da Energisa/PB	8,76
Jun/22	114	Compra de Energia	9,23
Jun/22	85	Serviço de Transmissão	1,53
Jun/22	87	Encargos Setoriais	2,30
Jun/22	73	Encargos Diretos e Encargos	11,38
Jun/22	59	Outros Serviços	0,00
Dez/21	100		
Nov/21	117		
Out/21	153		
Set/21	117		
Ago/21	155		
Jul/21	141		
Media	103		

INDICADORES DE QUALIDADE	MENSAL	APURADO TRIMEST.	ANUAL	LIMITE DE TENSÃO (V)
Horas que o cliente ficou sem energia - FIC	13,00	0,00	0,00	NOMINAL 220
Vevez que o cliente ficou sem energia - FIK	4,00	0,00	0,00	CONTRATADA
Duração da interrupção individual em dia crítico - FIK RI	13,00			LIMITE SUPERIOR 231

- A Energisa está realizando um trabalho de otimização de leitura. Para isso, poderemos oferecer alteração no número de dias de faturamento e no vencimento de sua fatura no próximo mês. Convidamos, então, em contato com o 0800 083 0198.
 - Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE fornecida pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002.
 - Sua unidade foi faturada como Barra Renda, tendo um desconto de R\$10,16.
 - Leitura confirmada.

ENERGISA PARABÉNS POR SEUS BOLOS!
 CNPJ: 07.000.000/0001-01
 Rua Est. Brasil, 1000 - CEP: 50711-600
 Esta NOTA FISCAL NÃO É ENERGISA fica disponível para consulta

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

V-02
P-066



Elivan da Silva Matias
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

PARA O BRASIL

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.624.709 - 2 VIA

DATA DE EXPEDIÇÃO 12/04/2018

NOME ELIVAN DA SILVA MATIAS

FILIAÇÃO GREGORIO LUIS FILHO

MARIA JOSE DA SILVA

NATURALIDADE INGA-PB

DOC ORIGEM CASAM N. 3313 FLS. 194 LIV. B85

CARTÃO INGA-PB

CPF 047.458.304-08

ASSINATURA DO TITULAR

DATA DE NASCIMENTO 24/03/1980

A +

Nome do Titular: ELIVAN DA SILVA MATIAS

CPF do Titular: 047.458.304-08

Assinatura do Titular: [Assinatura]

Assinatura do Responsável: [Assinatura]

Nome do Responsável: [Assinatura]

CPF do Responsável: [Assinatura]

Assinatura do Responsável: [Assinatura]

CPF do Responsável: [Assinatura]

SAÚDE de
Verdade



SUS

CAMPINA
GRANDE

CIDADE QUE
TRANSFORMA

ATESTADO

Atesto para os devidos fins de Direito que o Sr.(a) Eliuan
da Silva Matias _____

Foi atendido (a) nesta Unidade, portador da Entidade Nosológica
Cid. 0821, devendo permanecer afastado(a) de suas
atividades habituais pelo período de 120 dias.

Campina Grande, 18 / 11 / 2022

Dra. Daniele Dantas de Andrade
MÉDICA
CRM-PE 1.356

Médico - CRM

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____, autorizo o
Dr. _____, a registrar o diagnóstico codificado CID
_____ ou por extenso neste atestado médico.

Assinatura do Paciente ou Responsável

REQUERIMENTO DE PRORROGAÇÃO
DE LICENÇA MATERNIDADE

Eu, **Elivan da Silva Matias**, servidora pública, lotada na Secretaria Municipal de Educação onde exerço a função de professora, matrícula nº 0012277, portadora do RG 2624709, e CPF 047.458.304 – 08. Residente do endereço: R Maria Risomar Mendonça de Andrade S/N Ingá – PB. Vem respeitosamente requerer a Vossa Excelência que se digne a conceder-me a prorrogação da minha Licença Maternidade de que tenho direito pelo período de 60 (Sessenta) dias.

Data do parto: 18 / 11 / 2022.


Data de início da licença maternidade de 120 (cento e vinte) dias: 18 / 11 / 2022.

Data do final da licença maternidade de 120 (cento e vinte) dias: 18 / 03 / 2023.

Nestes termos,
Pede Deferimento.

Ingá - PB, 22 de novembro de 2022.

Elivan da Silva Matias
(Servidora)

Recebido em:
22/11/2022





PREFEITURA MUNICIPAL DE INGÁ

08810350000125
PRAÇA VILA DO IMPERADOR 160 CENTRO INGÁ PB 58380-000
Fone: (83) 3394-1251 Fax: (83) 3394-1251

FICHA FUNCIONAL

22/11/2022
Página 1 de 1

Matrícula Nome Apelido

Dt. Nascimento Sexo Nacionalidade Naturalidade Foto 

Grau de Instrução Estado Civil

Nome do Pai

Nome da Mãe E-mail

Endereço Número Bairro

Complemento Cep Cidade Telefone UF

Identidade Órgão Expedidor UF Dt. Expedição Carteira Profissional - Número Série

Título Eleitoral - Número Zona Seção CPF Num. Reservista Pis/Pasep

Secretaria Lotação Unidade de Trabalho

Regime de Trabalho Cargo Função

Regime de Previdência Classificação Funcional Situação Funcional

Nível Funcional Forma de Ingresso Forma de Afastamento

Dt. Admissão Tempo de Serviço, no órgão, descritivo Tempo. Serv. Externo

Carga Horária Mês de Opc. FGTS Alvará Jud.? Dt. Afastamento Raça/Cor

Portador de Deficiência? CBO

Dados Bancários - Banco Agência DV Operação Conta Corrente DV Portaria de Origem - Número Data Portaria de Admissão - Número Data

Observações

Dependentes

Declaro para os devidos fins de direito que não possuo nenhum impedimento legal ou acumulação ilegal de cargos públicos.



ELIVAN DA SILVA MATIAS

99189-0390

Esposa