



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

13/03/2023

Página 1 de 1

Matrícula	Nome	Apelido
2227256	MARIA JOSE CAMILO DO NASCIMENTO	ANA

Dt. Nascimento	Sexo	Nacionalidade	Naturalidade	Foto 
18/07/1984	FEMININO	BRASILEIRO	FAGUNDES	

Grau de Instrução	Estado Civil
TECNICO PROFISSIONALIZANTE	SOLTEIRO

Nome do Pai
LUIZ CAMILO DO NASCIMENTO

Nome da Mãe	E-mail
MARIA JOSE DO NASCIMENTO CAMILO	MJCAMILO2013@HOTMAIL.COM

Endereço	Número	Bairro
EMIDIO CARDOSO DE ALMEIDA	03	CAZUZINHA II

Complemento	Cep	Cidade	Telefone	UF
	58380-000	INGÁ	991677980	PB

Identidade	Carteira Profissional												
<table border="1"><tr><td>Número</td><td>Órgão Expedidor</td><td>UF</td><td>Dt. Expedição</td></tr><tr><td>2918613</td><td>SSP</td><td>PB</td><td>16/08/2001</td></tr></table>	Número	Órgão Expedidor	UF	Dt. Expedição	2918613	SSP	PB	16/08/2001	<table border="1"><tr><td>Número</td><td>Série</td></tr><tr><td>60298</td><td>00026</td></tr></table>	Número	Série	60298	00026
Número	Órgão Expedidor	UF	Dt. Expedição										
2918613	SSP	PB	16/08/2001										
Número	Série												
60298	00026												

Título Eleitoral	Num. Reservista	Pis/Pasep								
<table border="1"><tr><td>Número</td><td>Zona</td><td>Seção</td><td>CPF</td></tr><tr><td>029809861201</td><td>225</td><td>0124</td><td>049.864.444-84</td></tr></table>	Número	Zona	Seção	CPF	029809861201	225	0124	049.864.444-84		2.092.477.868-1
Número	Zona	Seção	CPF							
029809861201	225	0124	049.864.444-84							

Secretaria	Lotação	Unidade de Trabalho
SEC. DE SAUDE (CONTRATADOS)	SECRETARIA DE SAUDE	IMUNIZACAO

Regime de Trabalho	Cargo	Função
CONTR. POR EXCEP. INT. PÚBLICO	TECNICO EM ENFERMAGEM	

Regime de Previdência	Classificação Funcional	Situação Funcional
I.N.S.S		

Nível Funcional	Forma de Ingresso	Forma de Afastamento
	CONTRATADO TEMPORARIAMENTE	

Dt. Admissão	Tempo de Serviço, no órgão, descritivo	Tempo. Serv. Externo
01/03/2022	1 Ano(s) 30 Dia(s)	000000

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

Portador de Deficiência?	CBO
NÃO	322230-Auxiliar de enfermagem

Dados Bancários	Portaria de Origem	Portaria de Admissão																				
<table border="1"><tr><td>Banco</td><td>Agência</td><td>DV</td><td>Operação</td><td>Conta Corrente</td><td>DV</td></tr><tr><td>001</td><td>0127</td><td>9</td><td></td><td>00086060</td><td>3</td></tr></table>	Banco	Agência	DV	Operação	Conta Corrente	DV	001	0127	9		00086060	3	<table border="1"><tr><td>Número</td><td>Data</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>	Número	Data			<table border="1"><tr><td>Número</td><td>Data</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>	Número	Data		
Banco	Agência	DV	Operação	Conta Corrente	DV																	
001	0127	9		00086060	3																	
Número	Data																					
Número	Data																					

Observações

Dependentes

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



MARIA JOSE CAMILO DO NASCIMENTO

REQUERIMENTO

Eu, **MARIA JOSE CAMILO DO NASCIMENTO**, inscrita no CPF nº **049.864.444-84** servidora pública deste município exercendo o cargo de **TÉCNICO EM ENFERMAGEM** em regime **CONTRATO** lotada na SECRETARIA DE SAÚDE, venho requerer **Ampliação da Licença Maternidade** conforme reza o Art. 1º da Lei Municipal nº 289/08. Segue em anexo atestado médico e documentos pessoais.

Nestes Termos,
Pede Deferimento.

Ingá-PB, 10 de março de 2023.

Maria José Camilo do Nascimento
MARIA JOSE CAMILO DO NASCIMENTO
Requerente

Recebido
13/03/23
[Assinatura]



ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

ATESTADO

Atesto para os devidos fins de Direito que o Sr.(a) _____
Maia Jose Camelo do Nascimento

Foi atendido (a) nesta Unidade, portador da Entidade Nosológica
Cid 0800, devendo permanecer afastado(a) de suas
atividades habituais pelo período de 120 dias.

Campina Grande, 05 / 03 / 2023

877
Dra. Ihamyres Navarro
Ginecologista e Obstetra
CRM-PB 11093
CBO 6939
Médico - CRM

AUTORIZAÇÃO

Recibido
09.03.23
Natalia

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

Assinatura do Paciente ou Responsável