



# 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

27/02/2023

Página 1 de 1

Matrícula	Nome	Apelido
2223408	ISABEL CRISTINA COSTA ARAGAO	

Dt. Nascimento	Sexo	Nacionalidade	Naturalidade	Foto
14/09/1973	FEMININO	BRASILEIRO		

Grau de Instrução	Estado Civil
ENSINO FUNDAMENTAL COMPLETO.	

Nome do Pai
JOAO JORGE DA SILVA

Nome da Mãe	E-mail
TEREZINHA COSTA DA SILVA	

Endereço	Número	Bairro
RUA JOSE ADELINO DE PAULO	81	CENTRO

Complemento	Cep	Cidade	Telefone	UF
	58380-000	INGA		PB

Identidade				Carteira Profissional	
Número	Órgão Expedidor	UF	Dt. Expedição	Número	Série
1615639	SSP	PB	10/01/1998	9215220	30

Título Eleitoral		CPF	Num. Reservista	Pis/Pasep
Número	Zona	Seção		
018931891287	8	93	917.647.774-68	1.241.263.365-9

Secretaria	Lotação	Unidade de Trabalho
SEC. DE SAUDE - CAPS		CAPS

Regime de Trabalho	Cargo	Função
ESTATUTÁRIO	AUXILIAR DE ENFERMAGEM	

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

Nível Funcional	Forma de Ingresso	Forma de Afastamento

Dt. Admissão	Tempo de Serviço, no órgão, descritivo	Tempo. Serv. Externo
08/02/2013	10 Ano(s) 20 Dia(s)	000000

Carga Horária	Mês de Opc. FGTS	Alvará Jud.?	Dt. Afastamento	Raça/Cor
40	121899	N		PARDA

Portador de Deficiência?	CBO
NÃO	322230-Auxiliar de enfermagem

Dados Bancários						Portaria de Origem		Portaria de Admissão	
Banco	Agência	DV	Operação	Conta Corrente	DV	Número	Data	Número	Data
001	1345	5		00021118	4				

Observações

Dependentes

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



ISABEL CRISTINA COSTA ARAGAO

**EXMO. SENHOR PREFEITO CONSTITUCIONAL DO MUNICÍPIO DE INGÁ – PB**

Eu **ISABEL CRISTINA COSTA ARAGÃO**, brasileira, funcionária(o) pública(o) municipal, portador do RG sob n. 1.6158.639 SSP/PB, e CPF 917.647.774-68, residente e domiciliada na rua José Adelino de Paulo, 81 conjunto Isabel Buriti – Ingá -Pb , vem perante vossa senhoria , para requerer a implantação e o pagamento do ADICIONAL POR TEMPO DE SERVIÇO.

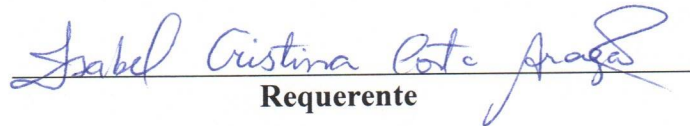
Consta no meu contra-cheque , que adentrei aos quadros do município em fevereiro/ 2013-, portanto há 10 anos.


Sendo assim, tenho direito ao recebimento do segundo(2) quinquênio a partir do mês fevereiro 2023.

E razão de todo o exposto, e restando devidamente cumpridas as exigências da Lei, venho através do presente requerer de V. Sa., a imediata inclusão, em meus vencimentos, do referido adicional.

Termos em que, Peço deferimento.

Ingá – PB, 24 de fevereiro de 2023.

  
Requerente

Recebido  
24/02/23  




**PREFEITURA MUNICIPAL DE INGÁ**  
 PRAÇA VILA DO IMPERADOR 180 CENTRO INGÁ PB 58380-000  
 Fone: (83) 3394-1251 Fax: (83) 3394-1251  
 08 810.350/0001-25  
**DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO**

Secretaria

**SEC. DE SAUDE - CAPS**

Localização: **CAPS** Unidade de Trabalho

Matrícula: **2223408** Nome: **ISABEL CRISTINA COSTA ARAGAO** Competência: **Fevereiro de 2023**

Cargo: **AUXILIAR DE ENFERMAGEM** Data de Admissão: **08/02/2013** Tipo de Contrato: **ESTATUTARIO**

Dt. Aposentadoria: \_\_\_\_\_ Classificação Funcional: \_\_\_\_\_ Nível: \_\_\_\_\_ Dados Bancários:  
 Banco Agência Conta Corrente  
 001 1345-5 00021118-4

Temp. Serv. (Dias): **3670** Temp. Serv. Ext. (Dias): **000000** Local de Origem: \_\_\_\_\_ Portaria de Origem: \_\_\_\_\_ Portaria de Admissão: \_\_\_\_\_

CPF: **917.647.774-68** PIS/PASEP: **1.241.263.365-9** RG: **1615639 SSP PB** Data de Nascimento: **14/09/1973** CBO: **322230**

Código	Descrição	Ref.	Parc.	Prazo	Vantagens	Descontos
020	QUINQUENIO	002			130,20	113,53
998	INSS	009			1.302,00	173,70
1100	VENCIMENTO					145,73
1176	EMPREST. CONSIG. BRADESCO	050	060			46,20
1215	EMPREST. CONSIG. BRADESCO 2	043	060			
1277	DIF. SALARIAL JAN/23	001	001			
<b>Total de Vantagens</b>					<b>1.478,40</b>	
<b>Total de Descontos</b>					<b>432,96</b>	<b>1.045,44</b>
<b>Líquido</b>						

Mensagem