

**Prefeitura Municipal de Marialva****CNPJ 76.282.680/0001-45****SANTA EFIGÊNIA, 680 - Centro - CEP 86990000****(44) 3232-8383****NOTA DE EMPENHO****Nº do Empenho: 8289/2023****Ordinário****Data: 07/11/2023****Credor: 15136 - JOIELEN SILVA CASTRO****Endereço:****C.P.F.: 122.361.359-39****R.G.:****Banco:****Ag:****Conta:****Órgão: 09 - SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E CIDADANIA****Unidade: 09001 - SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E CIDADANIA****Prog. Trabalho: 08.244.0003.2074 - SERVIÇOS GERAIS DE ASSISTÊNCIA SOCIAL DO MUNICÍPIO****Elemento Desp.: 3.3.90.48.00.00 - OUTROS AUXÍLIOS FINANCEIROS A PESSOAS FÍSICAS****Reduzido: 261****F. de Recurso: 1000 - RECURSOS ORDINÁRIOS (LIVRES) - EXERCÍCIO CORRENTE****Desdobramento: 9901 - AUXÍLIOS A PESSOAS FÍSICAS - NÃO VINCULADAS A PROJETOS INCENTIVADOS****Tipo de Licitação: Dispensável****Nº Licitação.....:****Nº Convênio:****Dotação Inicial**

500.000,00

Saldo Anterior

52.506,11

Valor

1.320,00

Saldo Atual

51.186,11

Histórico: 1 - Empenho Orcamentário - AUXILIO FAVORAVEL A CONCESSÃO DO BENEFICIO, CONFORME LEGISLAÇÃO VIGENTE

ITEM	QTD	UN	ESPECIFICAÇÃO	VLR. UNITÁRIO	VLR. TOTAL
53674	1	SERV	AUXILIO FUNERAL	1.320,00	1.320,00

Local de Entrega:**Total Retenções:**

0,00

Total Liq. Empenho:

1.320,00

Empenhado por:**Autorizo a despesa acima discriminada**

Prefeitura Municipal de Marialva,

de

de

EDUARDO NASCIMENTO

VALÉRIA ALVES

**Prefeitura Municipal
de Marialva****09 NOV. 2023****PAGO**



SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL
MARIALVA-PARANÁ
FONE:3232-1072 / 3232-2580

SOLICITAÇÃO DE AUXILIO

VALOR: **RS-1.320,00**

AUXILIO SOLICITADO: **AUXILIO FUNERAL**

TELEFONE **44-99946-2141**

NOME: **JOCIELEN SILVA CASTRO**

IDADE: **23**

CPF **122.361.359-39**

RG **1.230.260-55**

BANCO: **PIX**

AG:

CELULAR 44-99936-8003

CONJUGÊ:

ENDEREÇO: **Rua ANTONIO DIAS DA SILVA**
N871

JARDIM HAMADA

DADOS FAMILIARES

FILHOS: ☒ IDADES: ☒

NA FAMÍLIA, QUEM TRABALHA: ☒

REGISTRADO EM CARTEIRA: ☒

RENDA FAMILIAR: R\$: ☒

OUTRA RENDA: ☒ BOLSA FAMÍLIA: ☒

DESPESAS

ALUGUEL: ☒ FINANCIAMENTO: ☒

ENERGIA: ☒ GÁS: ☒

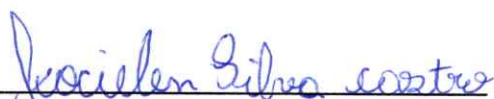
ÁGUA: ☒ MEDICAMENTOS: ☒

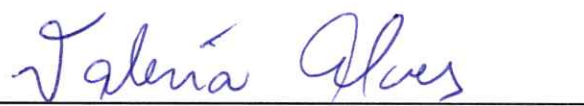
TELEFONE: ☒ ALIMENTAÇÃO: ☒

PARECER DA ASSISTENTE SOCIAL

FAVORAVEL A CONCESSAO DO BENEFICIO CONFORME LEGISLAÇÃO VIGENTE

MARIALVA, quarta-feira, 8 de novembro de 2023


ASSINATURA - SOLICITANTE


SECRETÁRIA DE ASSISTENCIA SOCIAL

TRABALHADOR

Esta é sua Carteira de Trabalho - CTPS, instituída pelo então Presidente Getúlio Vargas, por intermédio do Decreto nº 22.035 de 29.10.1932 e posteriormente reformulada pelo Decreto-lei nº 5452 de 01.05.1945 que aprovou a CLT. Ela é o documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.

Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como, para a obtenção da aposentadoria e demais benefícios Previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro desemprego e ao fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS.

O conjunto de anotações contido neste documento e o seu estado de conservação, espelham a conduta a qualificação e as atividades profissionais do seu portador.

Pela sua importância e seu dever protege-la e cuida-la, pois além de conter o registro de sua vida Profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribui para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação.

CONFECCIONADA COM RECURSOS DO
FAT - FUNDO DE APOIO AO TRABALHADOR

VISITE O PORTAL MTE: WWW.MTE.GOV.BR

MINISTERIO DO TRABALHO E EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDENCIA SOCIAL

210.74853.50-6

7569009

0050

PR.

Jocielen Silva Castro

ASSINATURA DO TITULAR



JOCIELEN SILVA CASTRO

FILIAÇÃO.....IZABEL SILVA SANTOS
OSMIR JOSE DE CASTRO
NASCIMENTO.....09/08/2000
ESTADO CIVIL.....SOLTEIRO
NATURALIDADE: ARIQUEMES - RO
DOCUMENTO.....R.G. - 123026055 - 31/08/2017 - SSP - PR

LEI Nº 8.049, DE 18 DE MAIO DE 1995

CPF.....122.381.359-39

CNH.....

TÍT. ELEITOR:

SEÇÃO:

ZONA:

LOCAL DE EMISSÃO: PM - MARALVA

DATA DE EMISSÃO: 11/09/2017

[Signature]

FALCO ALBERTO RODRIGUES
Superintendente Regional do Trabalho e Emprego/PR
ASSINATURA DO EMISSOR

QUALIFICAÇÃO CIVIL: BRASILEIRO

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

ILUSTRAÇÃO	DATA DE NASCIMENTO	DATA DE EMISSÃO	DATA DE VENCIMENTO
DOCUMENTO	DOCUMENTO	DOCUMENTO	DOCUMENTO
ASSINATURA E CONTRASSINATURA DO TITULAR	ASSINATURA E CONTRASSINATURA DO TITULAR	ASSINATURA E CONTRASSINATURA DO TITULAR	ASSINATURA E CONTRASSINATURA DO TITULAR
ASSINATURA E CONTRASSINATURA DO TITULAR	ASSINATURA E CONTRASSINATURA DO TITULAR	ASSINATURA E CONTRASSINATURA DO TITULAR	ASSINATURA E CONTRASSINATURA DO TITULAR

1) Tipo de óbito ☒ 1) Fetal ☐ 2) Não Fetal		2) Data do óbito 14/02/2013		3) Cartão SUS #02206600031092		4) Nacionalidade MARIA LUIZA / PR	
5) Nome do Falecido OLGA BEJUNI DE CASTRO						6) Nome da Mãe OLGA BEJUNI DE CASTRO	
7) Nome do Pai SANTURINO DE CASTRO		8) Data de nascimento 17/01/1949		9) Idade 64		10) Sexo ☒ F - Feminino ☐ M - Masculino	
11) Escolaridade (última série concluída) ☒ 1) Sem escolaridade ☐ 2) Fundamental I (1ª a 4ª Série) ☐ 3) Fundamental II (5ª a 8ª Série)		12) Média (grau 2º grau) ☐ 4) Superior incompleto ☐ 5) Superior completo		13) Ocupação habitual (informar anterior, se aposentado / desempregado) DESEMPREGADO		14) CEP 62200000	
15) Endereço (rua, praça, avenida, etc) RUA UENITE DA PEQUENA MONTEIRA PEREIRA		16) Número 1457		17) Complemento		18) UF PR	
19) Bairro/Distrito NUNO ALMIRANTE		20) Código		21) Município de residência AMAZONAS		22) UF PR	
23) Local de ocorrência do óbito ☒ 1) Hospital ☐ 2) Domicílio ☐ 3) Outros		24) Estabelecimento HOSPITAL REGIONAL DA ASA NORTE		25) Código CIES		26) UF PR	
27) Endereço da ocorrência (rua, praça, avenida, etc)		28) Número		29) Complemento		30) CEP	
31) Bairro/Distrito ASA NORTE		32) Código		33) Município de ocorrência BRASILIA		34) UF DF	
PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PARA ÓBITOS FETAIS E DE MENORES DE 1 ANO - INFORMAÇÕES SOBRE A MÃE							
35) Idade (anos) 29		36) Escolaridade (última série concluída) ☒ 1) Sem escolaridade ☐ 2) Fundamental I (1ª a 4ª Série) ☐ 3) Fundamental II (5ª a 8ª Série)		37) Média (grau 2º grau) ☐ 4) Superior incompleto ☐ 5) Superior completo		38) Ocupação habitual (informar anterior, se aposentada / desempregada) DESEMPREGADA	
39) Número de filhos vivos Nascidos vivos		40) Nº de semanas da gestação 34		41) Tipo de gravidez ☒ 1) Única ☐ 2) Gêmeos ☐ 3) Triplôs e mais		42) Tipo de parto ☒ 1) Vaginal ☐ 2) Cesáreo ☐ 3) Ignorado	
43) Morte em relação ao parto ☒ 1) Antes ☐ 2) Durante ☐ 3) Depois ☐ 4) Embarço		44) Peso ao nascer 3.500		45) Número da Declaração de Nascimento		46) Código CBO 2002	
ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL							
47) A morte ocorreu ☒ 1) Na gravidez ☐ 2) No parto ☐ 3) No puerpério		48) No aborto espontâneo ☐ 4) No aborto induzido ☐ 5) Não ocorreu nesses períodos		49) De 43 dias a 1 ano após o término da gestação ☐ 6) De 1 a 42 dias após o término da gestação ☐ 7) Não ocorreu nesses períodos		50) Assistência médica ☒ 1) Recebeu assistência médica durante a doença que ocasionou a morte ☐ 2) Não recebeu assistência médica durante a doença que ocasionou a morte ☐ 3) Ignorado	
51) Diagnóstico confirmado por ☒ 1) Necropsia ☐ 2) Sim ☐ 3) Não ☐ 4) Ignorado		52) Tempo aproximado entre o início da doença e a morte CID		53) CID		54) CID	
CAUSAS DA MORTE							
PARTE I Doença ou lesão móvel que causou diretamente a morte		ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA					
CAUSAS ANTECEDENTES Estados móveis, se existiram, que contribuíram para a morte, e que não interferiram no diagnóstico da causa básica		1) CHOC SEPTICO					
		2) INFECÇÃO DE CORRENTE SANGÜÍNEA					
		3) SÍNDROME CONSUMPTIVA					
		4) NEOPLASIA METASTÁTICA DE SÍTIO PRIMÁRIO INDETERMINADO					
		5) LESÃO RENAL AGUDA					
		6) HEPATOPATIA AGUDA					
PARTE II Doença ou lesão móvel que contribuiu para a morte, e que não interferiram no diagnóstico da causa básica							
7) Nome do Médico ARTHUR MONTGOMERY RIBEIRO BERTO		8) CRM 29222		9) Óbito atestado por Médico ☒ 1) Assistente ☐ 2) Substituto ☐ 3) IMH		10) Município e UF do SVO ou DM BRASILIA	
11) Meio de contato (telefone, fax, e-mail, etc)		12) Data do atestado 01/02/2013		13) Assinatura Dr. Arthur Montgomeri Ribeiro Berto		14) Assinatura Márcio	
PROVA DAS CIRCUNSTÂNCIAS DE MORTE NÃO NATURAL (informações de caráter exclusivamente epidemiológico)							
15) Tipo ☒ 1) Acidente ☐ 2) Suicídio ☐ 3) Homicídio ☐ 4) Outros		16) Local de ocorrência ☒ 1) Domicílio ☐ 2) Trabalho ☐ 3) Via pública ☐ 4) Outros		17) Fonte da informação ☒ 1) Família ☐ 2) Hospital ☐ 3) Outros		18) UF	
19) Descrição da lesão ou do acidente		20) Tipo de local de ocorrência do acidente ou violência ☒ 1) Via pública ☐ 2) Domicílio ☐ 3) Outros		21) Número		22) UF	
23) Descrição do local do acidente ou violência		24) Número		25) Bairro		26) Município	
27) UF		28) Registro		29) Data		30) UF	

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
09/11/2023 - AUTOATENDIMENTO - 08.39.06
2278002278 0001

Comprovante Pix

CLIENTE: PREF MUN MARIALVA FUNDO P
AGENCIA: 2278-0 CONTA: 5.380-5

=====

SOBRE A TRANSACAO

=====

ID: E0000000020231109113800691145442
CNPJ DO PAGADOR: 76.282.680/0001-45
VALOR: 1.320,00
TARIFA: 10,00
DATA: 09/11/2023 - 08:38:55

=====

PAGO PARA: Jocielen S Castro
CPF: ***.361.359-**
CHAVE PIX: +5544999368003
INSTITUICAO: 31872495 BCO C6 S.A.
AGENCIA: 0001 - CONTA: 00000000000073928216
TIPO DE CONTA: Conta Corrente

=====

Notificacao enviada em: 09/11/2023 - 08:38:57

=====

DOCUMENTO: 110901
AUTENTICACAO SISBB: E.D9C.BA9.BF0.0CD.F8B

=====

Central de Atendimento BB
4004 0001
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB
0800 729 0722
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de produtos e servicos.

Ouvidoria
0800 729 5678
Reclamacoes nao solucionadas nos canais habituais agencia, SAC e Demais canais de atendimento.

Atendimento a deficientes auditivos ou fala
0800 729 0088
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de cartao e outros produtos e servicos de Ouvidoria.