Membros Titulares e Suplentes do Conselho Municipal de Saúde

Representantes do poder Executivo Municipal:

Titular: Wilka Rodrigues de Medeiros

Suplente: Maria Gonçalves da Silva

Representantes dos Trabalhadores de Saúde

Titular: Severino Pereira Gomes

Suplente: Oliveira Leite Guimarães

Titular: Renato Virgolino Lopes

Suplente: Maria Tayssa Henriques de Azevedo

Representantes de Entidades Não-Governamentais:

Titular: Sérgio Bezerra Porcino (Sindicato dos Trabalhadores da Agricultura Familiar)

Suplente: Janduí Martins (Sindicato dos Trabalhadores da Agricultura Familiar)

Titular: Francisco de Assis Sousa (Loja Maçônica)

Suplente: Emanoel Lucas das Neves Prudêncio (Loja Maçônica)

Representantes de Entidades Religiosas

Titular: Rita Pereira da Silva Mateus (Igreja Católica)

Suplente: Bárbara Myllena Félix Andrade (Igreja Católica)

Titular: Valdemir Francisco de França (Igreja Evangélica)

Suplente: Giselly Maria da Silva Gomes (Igreja Evangélica)

Representantes dos Prestadores de Serviço em Saúde:

Titular: Lusineide Alves de Lacerda

Suplente: Perivaldo Alves Souza

ANEXO IV:

FICHA DE INSCRIÇÃO (TRABALHADOR DE SAÚDE/ ENTIDADES)

Eleição do Conselho Municipal de Saúde: 2026-2028

Número da Inscrição: 001 2026 Data da Inscrição: 30/09/2026

Nome da Entidade: Secretaria Municipal de Saúde

Endereço: Avenida Primo Rodrigues, 79

E-Mail: pmitaporangasaude@gmail.com

CNPJ: 11.174.552/0001-32 Telefone: (83) 99673-2378

Responsável: _____

Representante da Entidade:

Nome: Wilka Rodrigues de Medeiros (Secretária de Saúde)

Endereço: Rua Alcebíades Alves de Carvalho

Telefone: (83) 99804-4394 Email: wilkamedeiros2126@hotmail.com

RG: 605063 CPF: 526.379.804-00

Escolaridade: Superior Completo Formação: Economista

Documentos entregues na inscrição:

( ) RG e CPF dos Representantes

( ) Ofício de indicação do representante legal( )

Xerox da Ata de Reunião Interna da Associação ( )

Ofício de indicação do representante legal

( ) Outros: _

Responsável pela Entidade: _____

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

V-02
P-005



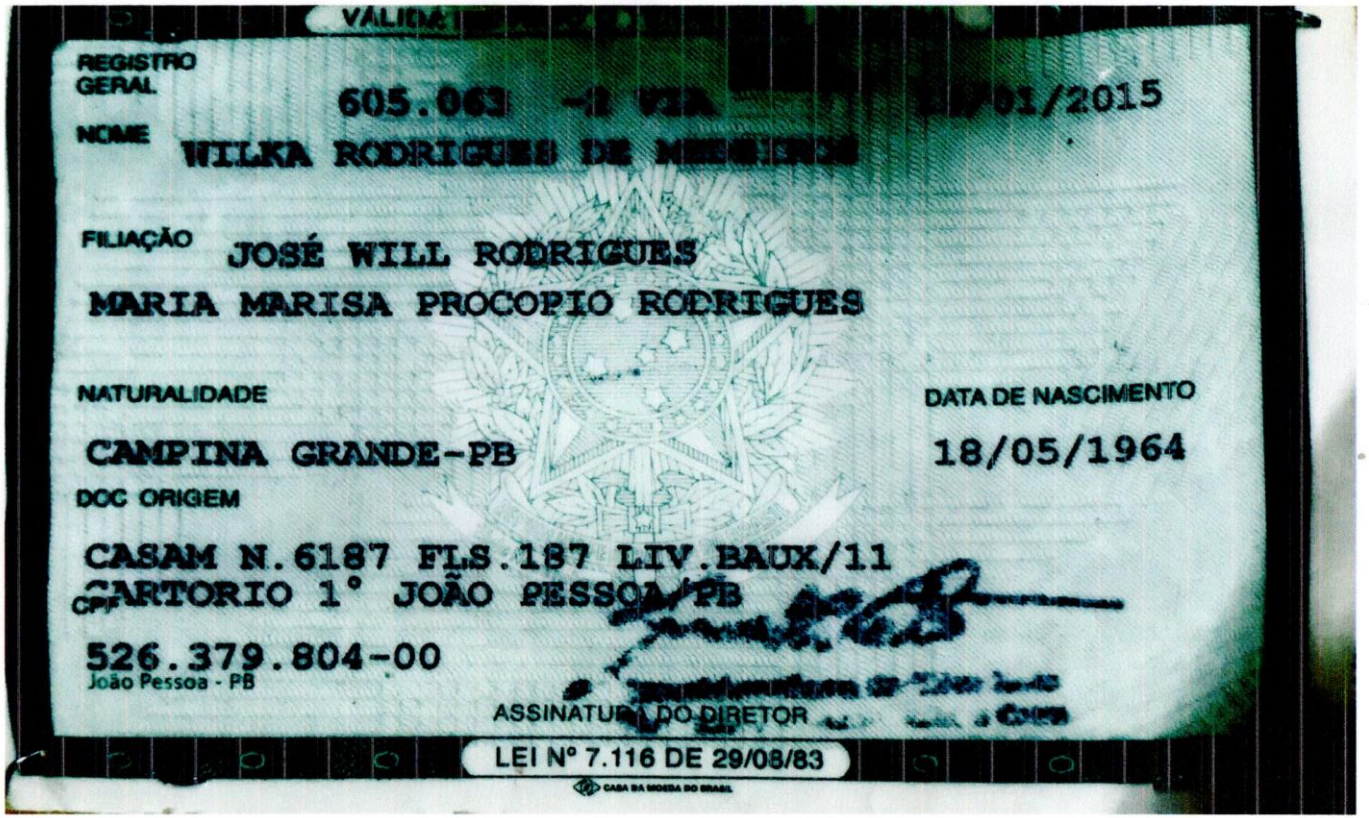


Wilma Rodrigues de Medeiros

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

CASA DA MOEDA DO BRASIL



VÁLIDA

REGISTRO GERAL 605.063 -2 VIA [illegible] 01/2015

NOME WILKA RODRIGUES DE [illegible]

FILIAÇÃO JOSÉ WILL RODRIGUES

MARIA MARISA PROCOPIO RODRIGUES

NATURALIDADE

CAMPINA GRANDE-PB

DATA DE NASCIMENTO

18/05/1964

DOC ORIGEM

CASAM N.6187 FLS.187 LIV.BAUX/11

CARTORIO 1° JOÃO PESSOA/PB

CPF

526.379.804-00

João Pessoa - PB

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

CASA DA MOEDA DO BRASIL

ANEXO IV:

FICHA DE INSCRIÇÃO (TRABALHADOR DE SAÚDE/ ENTIDADES)

Eleição do Conselho Municipal de Saúde: 2026-2028

Número da Inscrição: 0021 2026 Data da Inscrição: 30/09/2026

Nome da Entidade: Secretaria Municipal de Saúde

Endereço: Avenida Srineu Rodrigues, 79

E-Mail: pmitaporangasaude@gmail.com

CNPJ: 11.174.552/0001-32 Telefone: (88)99643-2378

Responsável: _____

Representante da Entidade:

Nome: Maria Gonçalves da Silva (Secretária Executiva)

Endereço: Dr. Leocleciano Pereira Neves, 206

Telefone: (83) 99884-2333 Email: marigsilva12@outlook.com

RG: 2030420 CPF: 706.954.454-05

Escolaridade: Superior Completo Formação: Administradora

Documentos entregues na inscrição:

( ) RG e CPF dos Representantes

( ) Ofício de indicação do representante legal( )

Xerox da Ata de Reunião Interna da Associação ( )

Ofício de indicação do representante legal

( ) Outros: _

Responsável pela Entidade: _____



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DOS TRANSPORTES
SECRETARIA NACIONAL DE TRÂNSITO

CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO / DRIVER LICENSE / PERMISO DE CONDUCCIÓN

2 e 1 NOME E SOBRENOME
MARIA GONCALVES DA SILVA

1ª HABILITAÇÃO
24/07/2025

3 DATA, LOCAL E UF DE NASCIMENTO
05/08/1996 ITAPORANGA/PB

4a DATA EMISSÃO
28/07/2026

4b VALIDADE
15/02/2035

ACC
D

4c DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
4060420 SESDS PB

4d CPF
106.954.454-05

5 Nº REGISTRO (NR)
09062585305

6 CAT. HAB.
AB

NACIONALIDADE
BRASILEIRO(A)

FILIAÇÃO
GERLANDIO DA SILVA

MARIA DAS DORES GONCALVES DA SILVA

7 ASSINATURA DO PORTADOR

5194378687

	9	10	11	12
ACC				
A			15/02/2035	
A1				
B			15/02/2035	
B1				
C				
C1				

	9	10	11	12
D				
D1				
BE				
CE				
C1E				
DE				
D1E				

12 OBSERVAÇÕES
A

ISAIAS JOSÉ CUNHA GUILBERTO
DIRETOR SUPERINTENDENTE DE TRANSITO
ASSINATURA DO EMISSOR

LOCAL
JOÃO PESSOA, PB

78994825364
PB054964660

PARAÍBA

5194378687

ANEXO III

FICHA DE INSCRIÇÃO (PRESTADOR DE SERVIÇO- GOVERNO)

Eleição do Conselho Municipal de Saúde: 2026-2028

Número da Inscrição: 0031 2026 Data da Inscrição: _____

Nome do Profissional: SEVERINO PEREIRA NEVES

Escolaridade: ENSINO MÉDIO / TECNICO

Formação: TECNICO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

Cargo: AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

Local onde atua: UBSF MORADA Número Funcional: _____

Tipo de vínculo: (X) Efetivo ( ) Comissionado ( ) Outros _____

Endereço: SÍTIO BARROCÃO

Telefone: (83) 99904-0521 E-Mail: severinoacs720@gmail.com

RG: 890702 CPF: 079.774.128-14

Documentos entregues na inscrição:

( ) RG e CPF

( ) Declaração do Gestor comprovando local de trabalho

( ) Outros: _____

Responsável pela Entidade: _____



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 890.702 - 2ª VIA

DATA DE EXPEDIÇÃO 18/09/2015

NOME
SEVERINO PEREIRA GOMES

FILIAÇÃO
PEDRO PEREIRA BARBOSA
MARIA VIEIRA GOMES

NATURALIDADE
ITAPORANGA-PB

DATA DE NASCIMENTO
28/08/1962

DOC ORIGEM
CERT. CAS. Nº2.933 - LIV.B.AUX 06 - FLS.124 - CARTORIO ITAPORANGA PB

CPF
079.174.128-14



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

L-238

Severino Pereira Gomes

CARTEIRA DE IDENTIDADE

ANEXO III

FICHA DE INSCRIÇÃO (PRESTADOR DE SERVIÇO- GOVERNO)

Eleição do Conselho Municipal de Saúde: 2026-2028

Número da Inscrição: 0041 2026 Data da Inscrição: _____

Nome do Profissional: DJUETRA LEITE GUIMARÃES

Escolaridade: ENSINO MÉDIO / TECNICO

Formação: TECNICO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

Cargo: AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

Local onde atua: UBSF ANDRÉ SOARES Número Funcional: _____

Tipo de vínculo: (X) Efetivo ( ) Comissionado ( ) Outros _____

Endereço: RUA CÔNEGO MANOEL FIRMINO, SIN, ALTO DO MADEIRO

Telefone: (83) 99985-1289 E-Mail: _____

RG: 893.914 CPF: 603.763.884-00

Documentos entregues na inscrição:

( ) RG e CPF

( ) Declaração do Gestor comprovando local de trabalho

( ) Outros: _____

Responsável pela Entidade: _____



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 891.914 -2 VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 07/07/2014

NOME OLIVEIRA LEITE GUIMARÃES

FILIAÇÃO ANTONIO LEITE GUIMARÃES
TEREZINHA TOLENTINO LEITE

NATURALIDADE
ITAPORANGA-PB

DATA DE NASCIMENTO
03/05/1967

DOC ORIGEM
CASAM N.3800 FLS.60 LIV.B.AUX 08
CARTORIO ITAPOARNGA-PB

CPF
603.753.884-00

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

V-02
P-239

Oliveira Leite Guimarães

CARTEIRA DE IDENTIDADE

ANEXO IV:

FICHA DE INSCRIÇÃO (TRABALHADOR DE SAÚDE/ ENTIDADES)

Eleição do Conselho Municipal de Saúde: 2026-2028

Número da Inscrição: 005/2026 Data da Inscrição: _____

Nome da Entidade SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Endereço: AV. IRINEU RODRIGUES, Nº 79, CENTRO.

E-Mail: renatolungolino8@gmail.com

CNPJ: 11.174.559/0001-32 Telefone: (83) 99685-9058

Responsável: _____

Representante da Entidade:

Nome: RENATO VIRGOLINO LOPES

Endereço: RUA JOÃO FIRMINO GOMES, Nº 70, CENTRO

Telefone: (83) 99685-9058 Email: renatolungolino8@gmail.com

RG: 2752607 CPF: 062.585.754-20

Escolaridade: SUPERIOR Formação: BACHAREL EM ADMINISTRAÇÃO

Documentos entregues na inscrição:

( ) RG e CPF dos Representantes

( ) Ofício de indicação do representante legal( )

Xerox da Ata de Reunião Interna da Associação ( )

Ofício de indicação do representante legal

( ) Outros: _

Responsável pela Entidade: _____


REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
V-02
P-917
Renato Virgolino Lopes
CARTEIRA DE IDENTIDADE

2.752.607 -2 VIA 20/10/2020

RENATO VIRGOLINO LOPES

FRANCISCO DAS CHAGAS LOPES DE FARIAS
JOSEFA JUSTINO VIRGOLINO LOPES

ITAPORANGA-PB 27/05/1984

CASAM N.4475 FLS.41 LIV.B-12
CARTORIO ITAPORANGA-PB

062.585.754-20

ANEXO III

FICHA DE INSCRIÇÃO (PRESTADOR DE SERVIÇO- GOVERNO)

Eleição do Conselho Municipal de Saúde: 2026-2028

Número da Inscrição: 006/2026 Data da Inscrição: _____

Nome do Profissional: Maria Tayane Marques de Araújo

Escolaridade: Superior

Formação: Bacharelado em Enfermagem

Cargo: Enfermeira da Atenção Primária à Saúde

Local onde atua: Secretaria Mun. de Saúde Número Funcional: _____

Tipo de vínculo: ( ) Efetivo ( ) Comissionado (X) Outros Contratado

Endereço: Avenida Manoel Soares Madruga, S/n, Centro, Itaporanga - PB

Telefone: (83) 99608-5968 E-Mail: tayanemarques137@gmail.com

RG: 4381355 CPF: 711.703.034-52

Documentos entregues na inscrição:

(X) RG e CPF

( ) Declaração do Gestor comprovando local de trabalho

( ) Outros: _____

Responsável pela Entidade: _____



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
Conselho Federal de Enfermagem

Inscrição - COREN PB 000.818.497

ENFERMEIRA

NOME CIVIL
MARIA TAYSSA HENRIQUES DE AZEVÊDO

NATURALIDADE / UF / NACIONALIDADE
ITAPORANGA
PB
BRASILEIRA

PRESIDENTE

FILIAÇÃO
FRANCISCO HENRIQUES NELSON NETO
SANDRA SIMONY NUNES DE AZEVÊDO

CPF
712.702.034-52

DATA DE EMISSÃO
13/08/2024

DATA DE NASCIMENTO
07/12/2002

DATA DE VALIDADE
13/08/2029

IDENTIDADE
4381355

ORGÃO EXPEDIDOR
SSDS-PB

ASSINATURA PROFISSIONAL

VÁLIDA EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL

VALE COMO DOCUMENTO DE IDENTIDADE
E TEM FÉ PÚBLICA (ART. 15, INCISO VII, LEI 5.905)
DE 12/07/73 E LEI 6.206 DE 07/05/75)

PROIBIDO PLASTIFICAR

X 45966452

ANEXO II:

FICHA DE INSCRIÇÃO (USUÁRIO)

Eleição do Conselho Municipal de Saúde: 2026-2028

Número de Inscrição: 007/2026 Data da Inscrição: _____

Nome da Entidade: IGREJA MATRIZ NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO

Endereço: PRAÇA DO CENTENÁRIO, S/N

E-Mail: _____

CNPJ: 04.886.413/0060-26 Telefone: (83) 3451-2270

Presidente Atual: _____

Representante da Entidade:

Nome: RITA PEREIRA DA SILVA MATEUS

Endereço: PRAÇA DO CENTENÁRIO, S/N

Telefone: (83) 99699-2915 Email: _____

RG: 1908.351 CPF: 910.235.724-00

Escolaridade: ENSINO MÉDIO Formação: _____

Documentos entregues na inscrição:

( ) RG e CPF dos Representantes

( ) Xerox da Ata de Reunião Interna da Associação

( ) Ofício de indicação do representante legal

( ) Outros: _____

Responsável pela Entidade: _____

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
GOVERNO FEDERAL
Estado da Paraíba
Secretaria de Estado da Segurança e da Defesa Social
CARTEIRA DE IDENTIDADE
Nome / Name
RITA PEREIRA DA SILVA MATEUS
Nome social / Social Name
Registro Geral - CPF / Personal Number
910.235.724-00
Data de Nascimento / Date of Birth
29/08/1965
Naturalidade / Place of Birth
SÃO JOSÉ DE CAIANA-PB
Sexo / Sex
F
Nacionalidade / Nationality
BRA
Validade / Expiry
Rita Pereira da Silva Mateus
C19008799421
P-239
Filiação / Filiation
MARIA DA SILVA PEREIRA
PEDRO PEREIRA DA SILVA
Órgão Expedidor / Card Issuer
Polícia Civil do Estado da Paraíba-PC-PB
Local / Place of Issue
JOÃO PESSOA / PB
Emissão/Issue
29/04/2020
LEI Nº 7.116, DE 29 DE AGOSTO DE 1983
VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

ANEXO II:

FICHA DE INSCRIÇÃO (USUÁRIO)

Eleição do Conselho Municipal de Saúde: 2026-2028

Número de Inscrição: 0081/2026 Data da Inscrição: _____

Nome da Entidade: IGREJA MATRIZ NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO

Endereço: PRAÇA DO CENTENÁRIO, S/N

E-Mail: _____

CNPJ: 04.886.413/0060-26 Telefone: _____

Presidente Atual: _____

Representante da Entidade:

Nome: BARBARA MYLLENA FELIX DE ANDRADE

Endereço: RUA JOÃO PEREIRA DA SILVA

Telefone: (83)99385-9342 Email: mylena22andrade@gmail.com

RG: 4.243.296 CPF: 705.473.124-74

Escolaridade: SUPERIOR Formação: BACHAREL EM ENFERMAGEM

Documentos entregues na inscrição:

( ) RG e CPF dos Representantes

( ) Xerox da Ata de Reunião Interna da Associação

( ) Ofício de indicação do representante legal

( ) Outros: _____

Responsável pela Entidade: _____


REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO
P-238
Barbara Magliana J. de Amorado
ASSINATURA DO TITULAR
CARTEIRA DE IDENTIDADE



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.243.296 - 2ª VIA

DATA DE EXPEDIÇÃO 10/07/2019

NOME

BÁRBARA MYLLENA FELIX DE ANDRADE

FILIAÇÃO

FRANCISCO JAILDO GOMES DE ANDRADE
MARIA DE FÁTIMA FELIX DE ANDRADE

NATURALIDADE

ITAPORANGA-PB

DATA DE NASCIMENTO

22/05/1998

DOC. ORIGEM

CERT. NASC. Nº18175 - LIV 18 A - FLS 40 V - CARTORIO ITAPORANGA PB

CPF

705.473.124-74

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE
ITAPORANGA

ANEXO II:

FICHA DE INSCRIÇÃO (USUÁRIO)

Eleição do Conselho Municipal de Saúde: 2026-2028

Número de Inscrição: 009/2026 Data da Inscrição: _____

Nome da Entidade: LOJA MAÇONICA 20 DE OUTUBRO

Endereço: RUA ARISTIVALDO ALVES DE ALMEIDA, 40, CENTRO

E-Mail: loja2760@correiospostal.gov.br

CNPJ: 24.503.244/0001-48 Telefone: (83) 996078586

Presidente Atual: _____

Representante da Entidade:

Nome: FRANCISCO DE ASSIS DE SOUSA

Endereço: RUA SEVERINO NEVES, 101, BELA VISTA

Telefone: (83) 99862-1261 Email: loja2760@correiospostal.gov.br

RG: 1238741 CPF: 467 552 934-00

Escolaridade: ENSINO MÉDIO Formação: _____

Documentos entregues na inscrição:

( ) RG e CPF dos Representantes

( ) Xerox da Ata de Reunião Interna da Associação

( ) Ofício de indicação do representante legal

( ) Outros: _____

Responsável pela Entidade: _____



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAÍBA

POLÍCIA MILITAR
IDENTIDADE FUNCIONAL

NOME:
FRANCISCO DE ASSIS DE SOUSA

IDENTIDADE MILITAR:
15760

GRAU HIERÁRQUICO:
1° SARGENTO

MATRÍCULA:
518820-2

TIPO SANGUÍNEO:
A +

DATA EMISSÃO:
29/11/2023

Francisco de Assis de Sousa

ASSINATURA DO PORTADOR

CPF
467552924-00

RG
1238741 SSP/PB

FILIAÇÃO
MARIA DA CONCEIÇÃO DE SOUSA
JOÃO PEDRO DE SOUSA

NASCIMENTO
31/01/1966

NATURALIDADE
ITAPORANGA - PB

VALIDADE
26/11/2033

O CÓDIGO QR IMPRESSO PODE SER UTILIZADO PARA VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE. PORTE DE ARMA E INFORMAÇÕES ADICIONAIS.

I<BRA<<<<3364171<SGTPMPB<<<<<<
6601317M3311260BRA<<<<<<<<<<<3
SOUSA<<FRANCISCO<DE<ASSIS<DE<<

ANEXO II:

FICHA DE INSCRIÇÃO (USUÁRIO)

Eleição do Conselho Municipal de Saúde: 2026-2028

Número de Inscrição: 010/2026 Data da Inscrição: _____

Nome da Entidade: LOJA MAÇONICA 20 DE OUTUBRO

Endereço: RUA ARTOSVALDO ALVES DE ALMEIDA, 40, CENTR

E-Mail: loja27610@.correiospostal.gov.br

CNPJ: 24.508.244/0001-48 Telefone: (83)996078586

Presidente Atual: _____

Representante da Entidade:

Nome: EMANUEL LUCAS DAS NEVES PRUDENCIO

Endereço: RUA SANTO ANTÔNIO, SIN, CENTRO.

Telefone: (83)99924-6371 Email: manulucas.heitor@gmail.com

RG: 2436632 CPF: 035.372.054-32

Escolaridade: SUPERIOR Formação: LICENCIATURA EM GEOGRAFIA

Documentos entregues na inscrição:

( ) RG e CPF dos Representantes

( ) Xerox da Ata de Reunião Interna da Associação

( ) Ofício de indicação do representante legal

( ) Outros: _____

Responsável pela Entidade: _____



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA
SECRETARIA NACIONAL DE TRÂNSITO

BR

CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO / DRIVER LICENSE / PERMISO DE CONDUCCIÓN

2 e 1 NOME E SOBRENOME
EMANNOEL LUCAS DAS NEVES PRUDENCIO

1ª HABILITAÇÃO
11/03/2009

3 DATA, LOCAL E UF DE NASCIMENTO
18/10/1981 ITAPORANGA/PB

4a DATA EMISSÃO
15/11/2023

4b VALIDADE
14/11/2033

ACC

D

4c DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF
2436632 SSP PB

4d CPF
035.372.054-22

5 Nº REGISTRO
04585401150

9 CAT. HAB.
AB

NACIONALIDADE
BRASILEIRO

FILIAÇÃO
LUIS CLEMENTINO DAS NEVES

RAIMUNDA PRUDENCIO DAS NEVES

7 ASSINATURA DO PORTADOR

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

02690658090

ANEXO II:

FICHA DE INSCRIÇÃO (USUÁRIO)

Eleição do Conselho Municipal de Saúde: 2026-2028

Número de Inscrição: 011/2026 Data da Inscrição: _____

Nome da Entidade: IGREJA - ASSEMBLEIA DE DEUS

Endereço: LOTEAMENTO ADAILTON TEIXEIRA LIMA

E-Mail: valdemirekerlandia@gmail.com

CNPJ: 09.253.568/0037-08 Telefone: (83) 99632-2552.

Presidente Atual: EURIVALDO CALIXTO.

Representante da Entidade:

Nome: VALDEMIR FRANCISCO DE FRANÇA

Endereço: RUA FRANCISCO PORCINO DA SILVA, 55, BELA VISTA

Telefone: (83) 99632-2552 Email: valdemirekerlandia@gmail.com

RG: 1.671.234 CPF: 991.919.544-87.

Escolaridade: ENSINO MÉDIO Formação: _____

Documentos entregues na inscrição:

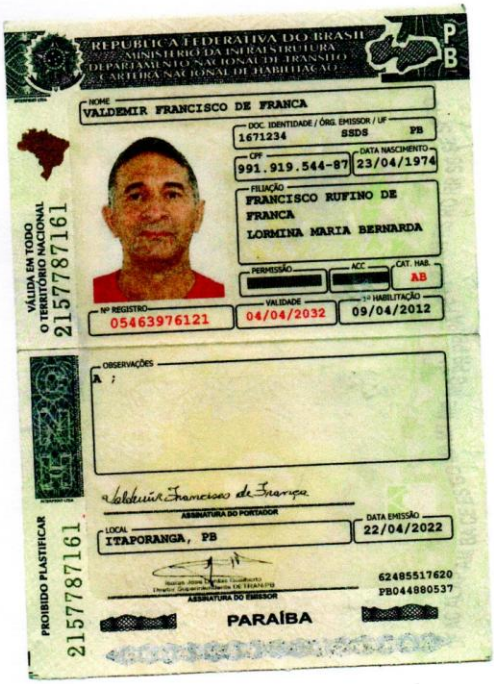
( ) RG e CPF dos Representantes

( ) Xerox da Ata de Reunião Interna da Associação

( ) Ofício de indicação do representante legal

( ) Outros: _____

Responsável pela Entidade: _____


REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO
PB
NOME
VALDEMIR FRANCISCO DE FRANCA
DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF
1671234 SSDS PB
CPF
991.919.544-87
DATA NASCIMENTO
23/04/1974
FILIAÇÃO
FRANCISCO RUFINO DE FRANCA
LORMINA MARIA BERNARDA
PERMISSÃO
ACC
CAT. HAB.
AB
Nº REGISTRO
05463976121
VALIDADE
04/04/2032
1ª HABILITAÇÃO
09/04/2012
VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
2157787161
OBSERVAÇÕES
A ;
ASSINATURA DO PORTADOR
LOCAL
ITAPORANGA, PB
DATA EMISSÃO
22/04/2022
ASSINATURA DO EMISSOR
62485517620
PB044880537
PARAÍBA
PROIBIDO PLASTIFICAR
2157787161

ANEXO II:

FICHA DE INSCRIÇÃO (USUÁRIO)

Eleição do Conselho Municipal de Saúde: 2026-2028

Número de Inscrição: 012/2026 Data da Inscrição: _____

Nome da Entidade: SISSINO LUÍS DA SILVA

Endereço: RUA ALCEBIADES ALVES DE CARVALHO

E-Mail: sisinoluis@gmail.com

CNPJ: 11.333.903/0001-11 Telefone: (83)99629-8694

Presidente Atual: SISSINO LUÍS

Representante da Entidade:

Nome: GISELLY MARIA DA SILVA GOMES

Endereço: RUA MANOEL INÁCIO DE ARAÚJO

Telefone: (83)99608-5939 Email: gisellymaria@gmail.com.

RG: 3705.361 CPF: 107.020.304-14

Escolaridade: ENSINO MÉDIO Formação: _____

Documentos entregues na inscrição:

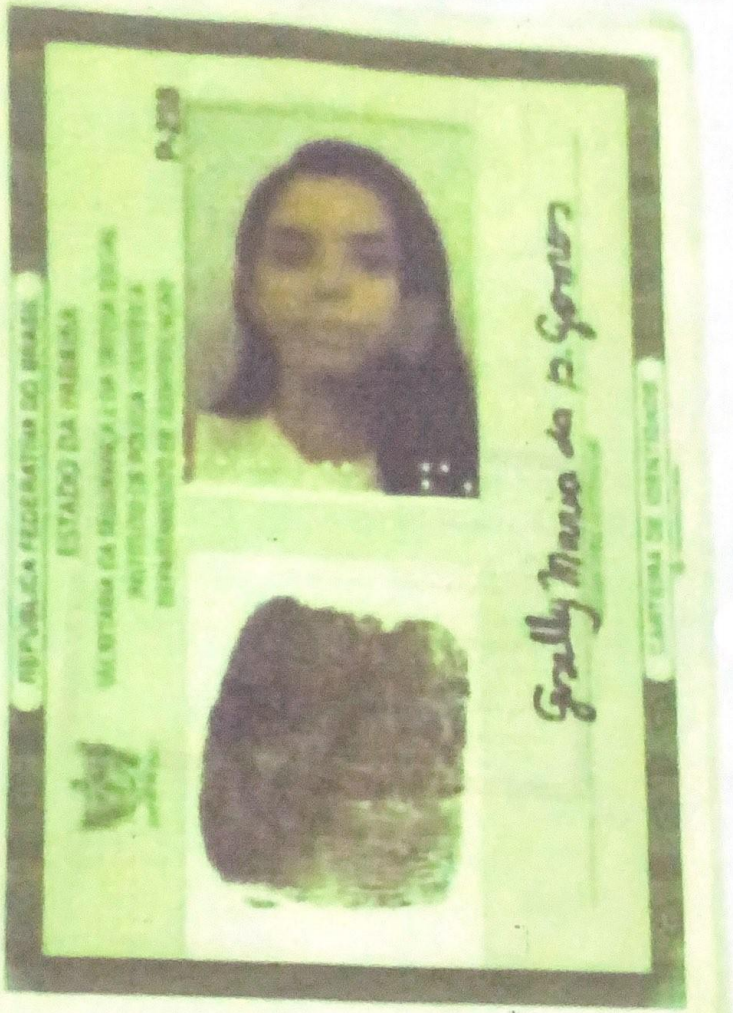
( ) RG e CPF dos Representantes

( ) Xerox da Ata de Reunião Interna da Associação

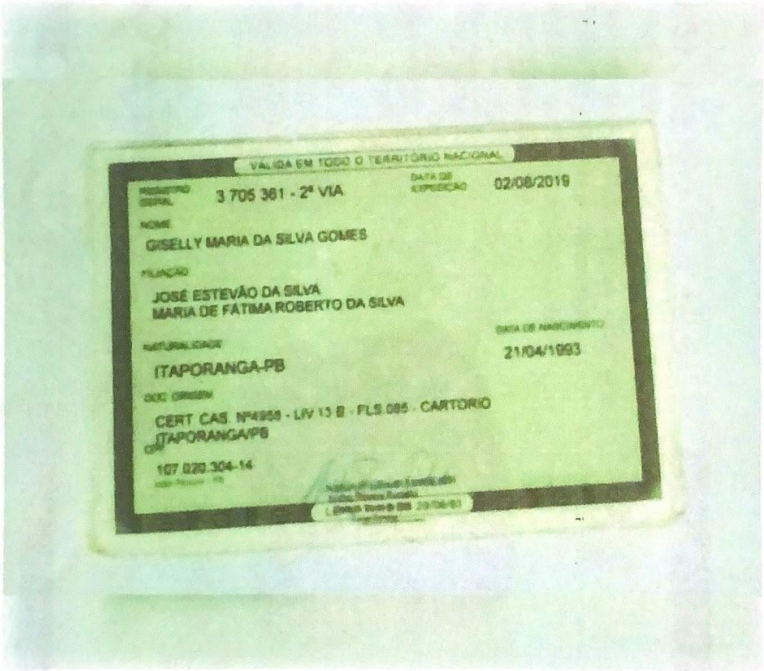
( ) Ofício de indicação do representante legal

( ) Outros: _____

Responsável pela Entidade: _____


REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAÍBA
CARTEIRA DE IDENTIDADE
PNB
Grailly Maria da Conceição

Você
Hoje às 09:08



ANEXO V:

FICHA DE INSCRIÇÃO (USUÁRIO)

Eleição do Conselho Municipal de Saúde: 2026-2028

Número da Inscrição: 013/2026 Data da Inscrição: _____

Nome da Entidade: POLICLÍNICA NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO

Endereço: RUA IRINEU RODRIGUES DA SILVA, 124, CENTRO

E-Mail: Perivaldoradiologia@hotmail.com

CNPJ: 20.514.305/0001-29 Telefone: (83) 9 9155-9229

Responsável: PERIVALDO ALVES SOUSA

Nome do Representante: LUSINEIDE ALVES DE LACERDA

Escolaridade: ENSINO MÉDIO

Formação: _____

Cargo: RECEPCIONISTA

Local onde atua: POLICLÍNICA N. SENHORA DA CONCEIÇÃO Número Funcional: _____

Endereço: RUA IRINEU RODRIGUES DA SILVA, 124, CENTRO

Telefone: (83) 9 9155-9229 E-Mail: Perivaldoradiologia@hotmail.com

RG: 1616347 CPF: 874.141.474-87

Documentos entregues na inscrição:

( ) RG e CPF do Representante

( ) Ofício de indicação do representante legal

( ) Outros: _____

Responsável: _____


REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO
DI.P-167
Luzineide Alves de Lacerda
ASSINATURA DO TITULAR
CARTEIRA DE IDENTIDADE



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1 6 1 6 3 4 7 DATA DE EXPEDIÇÃO 0 6 FEV 1991

NOME LUSINEIDE ALVES DE LACERDA

FILIAÇÃO Emidio Lacerda

Luzia Alves de Queiroz Lacerda

NASCIMENTO Itaporanga PB 07.12.1972

Cert.Nasc.1.871.Fls.253-V.Liv.A-03.

Cart. Itaporanga PB

CPF

João Pessoa — PB

ASSINATURA DO DIRETOR

IGNACIO C. DE CARVALHO



SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL
CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

CIC

Nº DE INSCRIÇÃO 874141474 87

NOME COMPLETO
LUSINEIDE ALVES DE LACERDA

NASCIMENTO
07.12.72

ASSINATURA
Lusineide Alves de Lacerda

TERÁ VALIDADE SOMENTE COM A APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTO DE IDENTIDADE

ANEXO V:

FICHA DE INSCRIÇÃO (USUÁRIO)

Eleição do Conselho Municipal de Saúde: 2026-2028

Número da Inscrição: 0141 2026 Data da Inscrição: _____

Nome da Entidade: POLICLÍNICA NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO

Endereço: RUA IRINEU RODRIGUES DA SILVA, 124, CENTRO

E-Mail: Pervaldoradiologia@hotmail.com

CNPJ: 20.584.305/0001-29 Telefone: (33) 99155-9229

Responsável: PERCIVALDO ALVES DE SOUSA

Nome do Representante: PERCIVALDO ALVES DE SOUSA

Escolaridade: MÉDIO / TÉCNICO

Formação: TECNICO EM RADIOLOGIA

Cargo: DIRETOR

Local onde atua: POLICLÍNICA N. SENHORA DA CONCEIÇÃO Número Funcional: _____

Endereço: RUA IRINEU RODRIGUES DA SILVA, 124, CENTRO

Telefone: (33) 99155-9229 E-Mail: Pervaldoradiologia@hotmail.com

RG: 1461738 CPF: 734.591.546-87

Documentos entregues na inscrição:

( ) RG e CPF do Representante

( ) Ofício de indicação do representante legal

( ) Outros: _____

Responsável: _____

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
GOVERNO FEDERAL

Estado da Paraíba
Secretaria de Estado da Segurança e da Defesa Social



Nome / Name
PERIVALDO ALVES SOUZA

Nome social / Social Name

Registro Geral - CPF / Personal Number
714.591.544-87

Sexo / Sex
M

Data de Nascimento / Date of Birth
28/05/1974

Nacionalidade / Nacionality
BRA

Naturalidade / Place of Birth
TAPEROÁ-PB

Validade / Expiry
28/02/2034

Assinatura do Título / Cardholder's Signature

CARTEIRA DE IDENTIDADE

C10000796539

P-238

Filiação / Filiation
WALDEMAR SOUZA FILHO
MARIA PERINEZ ALVES SOUZA

Órgão Expedidor / Card Issuer
Secretaria de Estado da Segurança e da Defesa Social-SESDS-PB

Local / Place of Issue
JOÃO PESSOA / PB

Emissão/Issue
29/02/2024

Assinatura do Expedidor / Card Issuer Signature
Acidio Pereira Furtado
Chefe do Núcleo de Ident. Civil e Criminal

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

LEI Nº 7.116 DE 29 DE AGOSTO DE 1983

ANEXO II:

FICHA DE INSCRIÇÃO (USUÁRIO)

Eleição do Conselho Municipal de Saúde: 2026-2028

Número de Inscrição: 015/2026 Data da Inscrição: _____

Nome da Entidade: SINDICATO REGIONAL DOS TRABALHADORES NA AGRICULTURA FAMILIAR

Endereço: RUA HORÁCIO GOMES, 142, CENTRO.

E-Mail: sintrafitapb@gmail.com

CNPJ: 11.779.446-0001-82 Telefone: (83) 9961-0708

Presidente Atual: JHADUY MARTINS

Representante da Entidade:

Nome: SERGIO BEZERRA PORCINO

Endereço: SÍTIO BOA SORTE

Telefone: (83) 9913-8306 Email: sergioporcino320@gmail.com

RG: 2980509 CPF: 061.672.874-30

Escolaridade: ENSINO MÉDIO Formação: _____

Documentos entregues na inscrição:

( ) RG e CPF dos Representantes

( ) Xerox da Ata de Reunião Interna da Associação

( ) Ofício de indicação do representante legal

( ) Outros: _____

Responsável pela Entidade: _____

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DOS TRANSPORTES
SECRETARIA NACIONAL DE TRÂNSITO

CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO / DRIVER LICENSE / PERMISO DE CONDUCCIÓN

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

277731566 9

2 e 1 NOME E SOBRENOME
SERGIO BEZERRA PORCINO

1ª HABILITAÇÃO
31/05/2004

3 DATA, LOCAL E UF DE NASCIMENTO
18/08/1985 ITAPORANGA/PB

4a DATA EMISSÃO
11/04/2024

4b VALIDADE
08/04/2034

4c ACC

D

4c DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF
2980509 SSP PB

4d CPF
061.672.874-30

5 Nº REGISTRO
03294878275

6 CAT. HAB
AB

NACIONALIDADE
BRASILEIRO

FILIAÇÃO
JOSE PORCINO DA SILVA

MARIA APARECIDA BEZERRA DA SILVA

7 ASSINATURA DO PORTADOR

9	10	11	12
ACC			
A		08/04/2034	
A1			
B		08/04/2034	
B1			
C			
C1			

9	10	11	12
D			
D1			
BE			
CE			
C1E			
DE			
D1E			

12 OBSERVAÇÕES

ISAIAS JOSÉ DANTAS GUALBERTO
DIRETOR SUPERINTENDENTE DETRAN/PB
ASSINATURA DO EMISSOR

LOCAL
JOÃO PESSOA PB

PARAÍBA

277731566 9

ANEXO V:

FICHA DE INSCRIÇÃO (USUÁRIO)

Eleição do Conselho Municipal de Saúde: 2026-2028

Número da Inscrição: 016/2026 Data da Inscrição: _____

Nome da Entidade: SINDICATO REGIONAL DOS TRABALHADORES NA AGRICULTURA FAMILIAR

Endereço: RUA HORÁCIO GOMES, 142, CENTRO

E-Mail: suntrafitapb@gmail.com

CNPJ: 11.779.446-0001-82 Telefone: (83)99617-0708

Responsável: JANDUY MARTINS

Nome do Representante: JANDUY MARTINS

Escolaridade: SUPERIOR.

Formação: LICENCIATURA EM GEOGRAFIA.

Cargo: PRESIDENTE

Local onde atua: SINDICATO Número Funcional: _____

Endereço: RUA HORÁCIO GOMES, 142, CENTRO

Telefone: (83)99617-0708 E-Mail: _____

RG: 656.735 CPF: 183.900.801-68.

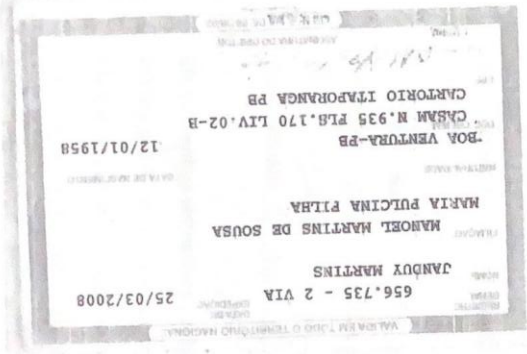
Documentos entregues na inscrição:

( ) RG e CPF do Representante

( ) Ofício de indicação do representante legal

( ) Outros: _____

Responsável: _____



656.735 - 2 VIA 25/03/2008

JANDUY MARTINS

MANOEL MARTINS DE SOUSA

MARIA PUCINA PILHA

BOA VENTURA-PB 12/01/1958

CASAM N.935 FLS.170 LIV.02-B

CARTORIO ITAPORANGA PB



Ministério da Fazenda
Receita Federal
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número
183.900.901-68

Nome
JANDUY MARTINS

Nascimento
12/01/1958

Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil (RFB) em 12:36:57 do dia 17/02/2017 (hora e data de Brasília)
Válido unicamente com comprovante de identificação

CÓDIGO DE CONTROLE
7002.62A5.C8A9.E6F7

SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL
JOSÉ BARROS SOBRINHO
CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO DE NOTAS

AUTENTICAÇÃO

Certifico que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi exibid
Dou fé. (Art. 365 - III do CPC). Itaporanga/PB, 3 de fevereiro de 2021.
Tab. Substituto - Mª do Socorro Costa Barros
Selo Digital: AKW38600-BC91
Consulte a autenticidade em
https://selodigital.tjpb.jus.br
Emol. R$ 2,51 FEPJ R$ 0,63 FARPEN R$ 0,31

1º OFÍCIO DE NOTAS

SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL
JOSÉ BARROS SOBRINHO
CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO DE NOTAS

AUTENTICAÇÃO

Certifico que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi exibid
Dou fé. (Art. 365 - III do CPC). Itaporanga/PB, 3 de fevereiro de 2021.
Tab. Substituto - Mª do Socorro Costa Barros
Selo Digital: AKW38799-Y8M9
Consulte a autenticidade em
https://selodigital.tjpb.jus.br
Emol. R$ 2,51 FEPJ R$ 0,63 FARPEN R$ 0,31

1º OFÍCIO DE NOTAS