



# **SOCIEDADE DE AUXÍLIO A DEFICIENTES "GRUPO MÃO AMIGA"**

CNPJ 01.873.664/0001-28

FUNDADA EM 27 DE FEVEREIRO DE 1997

Reconhecida de Utilidade Pública Municipal pela Lei n.º 2.206 de 24 de Setembro de 1997

Declarada de Utilidade Pública Estadual pela Lei n.º 11.240 de 30 de Julho de 2002

Reconhecida de Utilidade Pública Federal pela Portaria n.º 973 de 22 de Agosto de 2002

R. SÃO JORGE, 297 . TEL/FAX. (19)3641-6745 . 13880-000 – VARGEM GRANDE DO SUL . SP

## **CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS POR PROFISSIONAL AUTÔNOMO**

Por este instrumento de contrato, que entre si fazem, de um lado a **Sociedade de Auxílio a Deficiente "Grupo Mão Amiga"**, associação civil, sem fins lucrativos, regularmente constituída, com sede na cidade de Vargem Grande do Sul, estado de São Paulo, na rua São Jorge, 297 – Jardim São Luiz, inscrita no CNPJ/CEI sob o n.º 01.873.664/0001-28, por seu representante legal, na forma de seu Estatuto, qualificado ao final, ora em diante denominado CONTRATANTE, e por outro lado, **Eliézer Jerônimo**, brasileiro, maior, solteiro, fisioterapeuta, portador(a) do RG 15.689.957, CPF 139.457.308-13, inscrição no INSS nº 115.79459.00-0, CREFITO nº 116423-F, residente na cidade de Vargem Grande do Sul, estado de São Paulo, na rua Florianópolis, nº 495, Vila Santana, doravante denominado CONTRATADO, têm justo e contratados as seguintes cláusulas:

### **Cláusula Primeira – Objeto**

**1.** O presente contrato tem por objetivo a prestação de serviços profissionais de **Fisioterapeuta**.

**1.a.** A prestação dos serviços se dará de forma autônoma, sem qualquer vínculo de natureza trabalhista, sendo assente entre as partes que todas as obrigações fiscais que competem ao CONTRATADO serão de sua inteira responsabilidade.

### **Cláusula Segunda: Prestação de Serviços**

**2.** A prestação de serviços mencionados na cláusula primeira terá a duração de 12 (doze) meses, a se iniciar em 01/04/2020 e terminar em 30/04/2021, devendo ser prestado nas dependências da sede da Contratante ou eventualmente em outros locais por ela determinado conforme sua necessidade.

**2.a.** Os serviços objeto deste contrato serão prestados em três dias da semana, pelo período diário de quatro (04) horas respectivamente, mais duas (2) horas de atendimentos domiciliares, totalizando quatorze (14) horas semanais. Podendo haver necessidade de substituição de outro profissional em caso de falta ou saída do mesmo.

**2.b.** Somente será remunerada a hora efetivamente trabalhada, ressalvado os casos de ausência de pacientes, ocasião em que o profissional deverá manter-se na sede da Contratante, a sua disposição.

**2.c.** Será obrigatório o registro do ponto para confirmação de presença, na entrada e saída. Eventuais atrasos serão descontados proporcionalmente do valor a receber.

### **Cláusula Terceira: Remuneração dos Serviços**

**3.** A Contratante se compromete ao pagamento mensal dos serviços contratados da seguinte forma:

**3.a.** O valor estipulado é de R\$ 19,00 (dezenove reais) por hora de serviço;

**3.b.** O pagamento dos serviços ocorrerá até o quinto dia útil do mês subsequente ao da prestação dos serviços, após a apresentação, pelo CONTRATADO, da correspondente nota fiscal.

**CONFERE COM  
O ORIGINAL**



# **SOCIEDADE DE AUXÍLIO A DEFICIENTES "GRUPO MÃO AMIGA"**

CNPJ 01.873.664/0001-28

FUNDADA EM 27 DE FEVEREIRO DE 1997

Reconhecida de Utilidade Pública Municipal pela Lei n.º 2.206 de 24 de Setembro de 1997

Declarada de Utilidade Pública Estadual pela Lei n.º 11.240 de 30 de Julho de 2002

Reconhecida de Utilidade Pública Federal pela Portaria n.º 973 de 22 de Agosto de 2002

R. SÃO JORGE, 297 . TEL/FAX. (19)3641-6745 . 13880-000 – VARGEM GRANDE DO SUL . SP

## **CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS POR PROFISSIONAL AUTÔNOMO**

Por este instrumento de contrato, que entre si fazem, de um lado a **Sociedade de Auxílio a Deficiente "Grupo Mão Amiga"**, associação civil, sem fins lucrativos, regularmente constituída, com sede na cidade de Vargem Grande do Sul, estado de São Paulo, na rua São Jorge, 297 – Jardim São Luiz, inscrita no CNPJ/CEI sob o n.º 01.873.664/0001-28, por seu representante legal, na forma de seu Estatuto, qualificado ao final, ora em diante denominado CONTRATANTE, e por outro lado, **Larissa Catarina Andrade de Moraes**, brasileira, solteira, fisioterapeuta, portador(a) do RG 45.285.048-4, CPF 3 102.218-56, CREFITO nº 265815-F, residente na cidade de Vargem Grande do Sul, estado de São Paulo, na Avenida Zampar, 260, Jardim Morumbi, doravante denominado CONTRATADO, têm justo e contratados as seguintes cláusulas:

### **Cláusula Primeira – Objeto**

1. O presente contrato tem por objetivo a prestação de serviços profissionais de **Fisioterapeuta**.

1.a. A prestação dos serviços se dará de forma autônoma, sem qualquer vínculo de natureza trabalhista, sendo assente entre as partes que todas as obrigações fiscais que competem ao CONTRATADO serão de sua inteira responsabilidade.

### **Cláusula Segunda: Prestação de Serviços**

2. A prestação de serviços mencionados na cláusula primeira terá a duração de 12 (doze) meses, a se iniciar em 01/04/2020 e terminar em 30/04/2021, devendo ser prestado nas dependências da sede da Contratante ou eventualmente em outros locais por ela determinado conforme sua necessidade.

2.a. Os serviços objeto deste contrato será prestado em um dia da semana, pelo período diário de quatro horas (4).

2.b. Somente será remunerada a hora efetivamente trabalhada, ressalvado os casos de ausência de pacientes, ocasião em que o profissional deverá manter-se na sede da Contratante, a sua disposição.

2.c. Será obrigado o registro do ponto para confirmação de presença, na entrada e saída. Eventuais atrasos ou faltas serão descontados proporcionalmente do valor a receber.

### **Cláusula Terceira: Remuneração dos Serviços**

3. A Contratante se compromete ao pagamento mensal dos serviços contratados da seguinte forma:

3.a. O valor estipulado é de R\$ 19,00 (dezenove reais) por hora de serviço;

3.b. O pagamento dos serviços ocorrerá até o quinto dia útil do mês subsequente ao da prestação dos serviços, após a apresentação, pelo CONTRATADO, do correspondente recibo (RPA).

CONFERE COM  
O ORIGINAL



# **SOCIEDADE DE AUXÍLIO A DEFICIENTES "GRUPO MÃO AMIGA"**

CNPJ 01.873.664/0001-28

FUNDADA EM 27 DE FEVEREIRO DE 1997

Reconhecida de Utilidade Pública Municipal pela Lei n.º 2.206 de 24 de Setembro de 1997

Declarada de Utilidade Pública Estadual pela Lei n.º 11.240 de 30 de Julho de 2002

Reconhecida de Utilidade Pública Federal pela Portaria n.º 973 de 22 de Agosto de 2002

R. SÃO JORGÊ, 297 . TEL/FAX. (19)3641-6745 . 13880-000 – VARGEM GRANDE DO SUL . SP

## **CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS POR PROFISSIONAL AUTÔNOMO**

Por este instrumento de contrato, que entre si fazem, de um lado a **Sociedade de Auxílio a Deficiente "Grupo Mão Amiga"**, associação civil, sem fins lucrativos, regularmente constituída, com sede na cidade de Vargem Grande do Sul, estado de São Paulo, na rua São Jorge, 297 – Jardim São Luiz, inscrita no CNPJ/CEI sob o n.º 01.873.664/0001-28, por seu representante legal, na forma de seu Estatuto, qualificado ao final, ora em diante denominado CONTRATANTE, e por outro lado, **Lívia Siqueira Salera**, brasileira, maior, solteira, psicóloga, portador(a) do RG 52.426.405-3, CPF 436.719.248-29, CRP nº 7006, residente na cidade de Vargem Grande do Sul, estado de São Paulo, na rua Gasparin Moneda, nº 35, Jardim São Lucas, doravante denominado CONTRATADO, têm justo e contratados as seguintes cláusulas:

### **Cláusula Primeira – Objeto**

1. O presente contrato tem por objetivo a prestação de serviços profissionais como **Psicóloga**.

1.a. A prestação dos serviços se dará de forma autônoma, sem qualquer vínculo de natureza trabalhista, sendo assente entre as partes que todas as obrigações fiscais que competem ao CONTRATADO serão de sua inteira responsabilidade.

### **Cláusula Segunda: Prestação de Serviços**

2. A prestação de serviços mencionados na cláusula primeira terá a duração de 12 (doze) meses, a se iniciar em 01/04/2020 e terminar em 30/04/2021, devendo ser prestado nas dependências da sede da Contratante ou eventualmente em outros locais por ela determinado conforme sua necessidade.

2.a. Os serviços objeto deste contrato serão prestados em dois dias da semana, pelo período diário de três (03) horas, totalizando seis (06) horas semanais.

2.b. Somente será remunerada a hora efetivamente trabalhada, ressalvado os casos de ausência de pacientes, ocasião em que o profissional deverá manter-se na sede da Contratante, na sala de atendimento, organizando os prontuários, a sua disposição.

2.c. Será obrigatório o registro do ponto para confirmação de presença, na entrada e saída. Eventuais atrasos serão descontados proporcionalmente do valor a receber.

### **Cláusula Terceira: Remuneração dos Serviços**

3. A Contratante se compromete ao pagamento mensal dos serviços contratados da seguinte forma:

3.a. O valor bruto estipulado é de R\$ 19,00 (dezenove reais) por hora de serviço;

3.b. O pagamento dos serviços ocorrerá até o quinto dia útil do mês subsequente ao da prestação dos serviços, após a apresentação, pelo CONTRATADO, do correspondente recibo (RPA).

CONFERE COM  
O ORIGINAL





# **SOCIEDADE DE AUXÍLIO A DEFICIENTES "GRUPO MÃO AMIGA"**

CNPJ 01.873.664/0001-28

FUNDADA EM 27 DE FEVEREIRO DE 1997

Reconhecida de Utilidade Pública Municipal pela Lei n.º 2.206 de 24 de Setembro de 1997

Declarada de Utilidade Pública Estadual pela Lei n.º 11.240 de 30 de Julho de 2002

Reconhecida de Utilidade Pública Federal pela Portaria n.º 973 de 22 de Agosto de 2002

R. SÃO JORGE, 297. TEL/FAX. (19)3641-6745. 13880-000 – VARGEM GRANDE DO SUL. SP

## **CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS POR PROFISSIONAL AUTÔNOMO**

Por este instrumento de contrato, que entre si fazem, de um lado a **Sociedade de Auxílio a Deficiente "Grupo Mão Amiga"**, associação civil, sem fins lucrativos, regularmente constituída, com sede na cidade de Vargem Grande do Sul, estado de São Paulo, na rua São Jorge, 297 – Jardim São Luiz, inscrita no CNPJ/CEI sob o n.º 01.873.664/0001-28, por seu representante legal, na forma de seu Estatuto, qualificado ao final, ora em diante denominado CONTRATANTE, e por outro lado, **Lígia Prado Maringolo**, brasileira, maior, solteira, terapeuta ocupacional, portador(a) do RG 36.875.906-4, CPF 415.248.578-74, inscrição no INSS nº 20217478748, CREFITO nº 19155-TO, residente na cidade de Casa Branca, estado de São Paulo, na rua dos Bitencourt, nº 75, Vila Santa Maria, doravante denominado CONTRATADO, têm justo e contratados as seguintes cláusulas:

### **Cláusula Primeira – Objeto**

**1.** O presente contrato tem por objetivo a prestação de serviços profissionais de **Terapeuta Ocupacional**.

**1.a.** A prestação dos serviços se dará de forma autônoma, sem qualquer vínculo de natureza trabalhista, sendo assente entre as partes que todas as obrigações fiscais que competem ao CONTRATADO serão de sua inteira responsabilidade.

### **Cláusula Segunda: Prestação de Serviços**

**2.** A prestação de serviços mencionados na cláusula primeira terá a duração de 12 (doze) meses, a se iniciar em 25/04/2020 e terminar em 25/04/2021, devendo ser prestado nas dependências da sede da Contratante ou eventualmente em outros locais por ela determinado conforme sua necessidade.

**2.a.** Os serviços objeto deste contrato serão prestados em um dia da semana, pelo período diário de quatro horas (4) horas.

**2.b.** Somente será remunerada a hora efetivamente trabalhada, ressalvado os casos de ausência de pacientes, ocasião em que o profissional deverá manter-se na sede da Contratante, a sua disposição.

**2.c.** Será obrigatório o registro do ponto para confirmação de presença, na entrada e saída. Eventuais atrasos serão descontados proporcionalmente do valor a receber.

### **Cláusula Terceira: Remuneração dos Serviços**

**3.** A Contratante se compromete ao pagamento mensal dos serviços contratados da seguinte forma:

**3.a.** O valor estipulado é de R\$ 19,00 (dezenove reais) por hora de serviço;

**3.b.** O pagamento dos serviços ocorrerá até o quinto dia útil do mês subsequente ao da prestação dos serviços, após a apresentação, pelo CONTRATADO, do correspondente recibo (RPA).

CONFERE COM  
O ORIGINAL



# **SOCIEDADE DE AUXÍLIO A DEFICIENTES "GRUPO MÃO AMIGA"**

CNPJ 01.873.664/0001-28

FUNDADA EM 27 DE FEVEREIRO DE 1997

Reconhecida de Utilidade Pública Municipal pela Lei n.º 2.206 de 24 de Setembro de 1997

Declarada de Utilidade Pública Estadual pela Lei n.º 11.240 de 30 de Julho de 2002

Reconhecida de Utilidade Pública Federal pela Portaria n.º 973 de 22 de Agosto de 2002

R. SÃO JORGE, 297 . TEL/FAX. (19)3641-6745 . 13880-000 – VARGEM GRANDE DO SUL . SP

## **CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS POR PROFISSIONAL AUTÔNOMO**

Por este instrumento de contrato, que entre si fazem, de um lado a **Sociedade de Auxílio a Deficiente "Grupo Mão Amiga"**, associação civil, sem fins lucrativos, regularmente constituída, com sede na cidade de Vargem Grande do Sul, estado de São Paulo, na rua São Jorge, 297 – Jardim São Luiz, inscrita no CNPJ/CEI sob o n.º 01.873.664/0001-28, por seu representante legal, na forma de seu Estatuto, qualificado ao final, ora em diante denominado CONTRATANTE, e por outro lado, **Solange Ap. Marçal Ortolani**, brasileira, casada, assistente social, portador(a) do RG 13.559.153-3, CPF 032.816.998-63, ESS n.º 15849, residente na cidade de Vargem Grande do Sul, estado de São Paulo, na rua Hermenegildo Cossi, 1072, Jardim Fortaleza, doravante denominado CONTRATADO, têm justo e contratados as seguintes cláusulas:

### **Cláusula Primeira – Objeto**

1. O presente contrato tem por objetivo a prestação de serviços profissionais de Assistente Social.

1.a. A prestação dos serviços se dará de forma autônoma, sem qualquer vínculo de natureza trabalhista, sendo assente entre as partes que todas as obrigações fiscais que competem ao CONTRATADO serão de sua inteira responsabilidade.

### **Cláusula Segunda: Prestação de Serviços**

2. A prestação de serviços mencionados na cláusula primeira terá a duração de seis (6) meses, a se iniciar em 20/10/2020 e terminar em 25/04/2021, devendo ser prestado nas dependências da sede da Contratante ou eventualmente em outros locais por ela determinado conforme sua necessidade.

2.a. Os serviços objeto deste contrato serão prestados em quatro (4) dias da semana, pelo período total de quinze (15) horas semanais.

2.b. Somente será remunerada a hora efetivamente trabalhada, ressalvado os casos de ausência de pacientes, ocasião em que o profissional deverá manter-se na sede da Contratante, a sua disposição.

2.c. Será obrigatório o registro do ponto para confirmação de presença na entrada e saída. Eventuais atrasos serão descontados proporcionalmente do valor a receber.

### **Cláusula Terceira: Remuneração dos Serviços**

3. A Contratante se compromete ao pagamento mensal dos serviços contratados da seguinte forma:

3.a. O valor estipulado é de R\$ 19,00 (dezenove reais) por hora de serviço;

3.b. O pagamento dos serviços ocorrerá até o quinto dia útil do mês subsequente ao da prestação dos serviços, após a apresentação, pelo CONTRATADO, da correspondente nota fiscal.

CONFERE COM  
O ORIGINAL



# **SOCIEDADE DE AUXÍLIO A DEFICIENTES "GRUPO MÃO AMIGA"**

CNPJ 01.873.664/0001-28

FUNDADA EM 27 DE FEVEREIRO DE 1997

Reconhecida de Utilidade Pública Municipal pela Lei n.º 2.206 de 24 de Setembro de 1997

Declarada de Utilidade Pública Estadual pela Lei n.º 11.240 de 30 de Julho de 2002

Reconhecida de Utilidade Pública Federal pela Portaria n.º 973 de 22 de Agosto de 2002

R. SÃO JORGE, 297 . TEL/FAX. (19)3641-6745 . 13880-000 – VARGEM GRANDE DO SUL . SP

## **CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS POR PROFISSIONAL AUTÔNOMO**

Por este instrumento de contrato, que entre si fazem, de um lado a **Sociedade de Auxílio a Deficiente "Grupo Mão Amiga"**, associação civil, sem fins lucrativos, regularmente constituída, com sede na cidade de Vargem Grande do Sul, estado de São Paulo, na rua São Jorge, 297 – Jardim São Luiz, inscrita no CNPJ/CEI sob o n.º 01.873.664/0001-28, por seu representante legal, na forma de seu Estatuto, qualificado ao final, ora em diante denominado CONTRATANTE, e por outro lado, **Jerusa de Cássia Vidale**, brasileira, divorciada, fisioterapeuta, portador(a) do RG 7.703.695-5, CPF 067.642.088-59, inscrição no INSS nº 107.42568.13-7, CREFITO nº 3/60178-F, residente na cidade de Vargem Grande do Sul, estado de São Paulo, na rua Onze de Novembro, 78, Vila Santa Terezinha, doravante denominado CONTRATADO, têm justo e contratados as seguintes cláusulas:

### **Cláusula Primeira – Objeto**

1. O presente contrato tem por objetivo a prestação de serviços profissionais de **Fisioterapeuta**.

1.a. A prestação dos serviços se dará de forma autônoma, sem qualquer vínculo de natureza trabalhista, sendo assente entre as partes que todas as obrigações fiscais que competem ao CONTRATADO serão de sua inteira responsabilidade.

### **Cláusula Segunda: Prestação de Serviços**

2. A prestação de serviços mencionados na cláusula primeira terá a duração de 12 (doze) meses, a se iniciar em 01/04/2020 e terminar em 30/04/2021, devendo ser prestado nas dependências da sede da Contratante ou eventualmente em outros locais por ela determinado conforme sua necessidade.

2.a. Os serviços objeto deste contrato serão prestados em quatro (4) dias da semana, totalizando oito (8) horas semanais. Podendo haver necessidade de substituição de outro profissional em caso de falta ou saída do mesmo.

2.b. Somente será remunerada a hora efetivamente trabalhada, ressalvado os casos de ausência de pacientes, ocasião em que o profissional deverá manter-se na sede da Contratante, a sua disposição.

2.c. Será obrigado o registro do ponto para confirmação de presença, na entrada e saída. Eventuais atrasos serão descontados proporcionalmente do valor a receber.

### **Cláusula Terceira: Remuneração dos Serviços**

3. A Contratante se compromete ao pagamento mensal dos serviços contratados da seguinte forma:

3.a. O valor estipulado é de R\$ 19,00 (dezoito reais e noventa centavos) por hora de serviço;

3.b. O pagamento dos serviços ocorrerá até o quinto dia útil do mês subsequente ao da prestação dos serviços, após a apresentação, pelo CONTRATADO, da correspondente nota fiscal.

**CONFERE COM  
O ORIGINAL**



**CARACTERÍSTICOS FÍSICOS**

VISTO DA FISCALIZAÇÃO

Cor: \_\_\_\_\_  
 Cabelo: \_\_\_\_\_  
 Olhos: \_\_\_\_\_  
 Altura: \_\_\_\_\_  
 Peso: \_\_\_\_\_  
 Sinais: \_\_\_\_\_



*Graziela Olinda Bernardes*, portador da C.T.P.S. nº: *25209*, Série: *00231*; C.T.P.S. (Rural) nº: \_\_\_\_\_ Série: \_\_\_\_\_  
 CPF/CIC nº: *300.601.428-63*; Título de Eleitor nº: \_\_\_\_\_ da \_\_\_\_\_ zona; Cédula de Identidade R.G. nº: *33.686.746-3* foi admitido em *01* de *agosto* de *2005* para exercer a função de *serviço Gerenciamento Resíduos Sólidos* com o salário de R\$ *300,00* ) por *mês*, no seguinte horário de trabalho: das *07:00* às *17:00* horas, com *2:00* horas de intervalo para repouso e alimentação.

SITUAÇÃO PERANTE O FUNDO DE GARANTIA DO TEMPO DE SERVIÇO			
É OPTANTE?	DATA DA OPÇÃO	DATA DA RETRATAÇÃO	BANCO DEPOSITÁRIO
Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	<i>01/08/2005</i>	<i>1/1</i>	

Nacionalidade: <i>Brasileira</i> Filho de: <i>Antonio Roberto Bernardes</i> e de: <i>Mama Jose da Silva Bernardes</i> Nascido em: <i>V. Gde Sul</i> a <i>16</i> de <i>Janeiro</i> de <i>1982</i> Estado civil: <i>Casada</i> Nome do cônjuge: <i>Edmar Custodio</i> Grau de instrução: <i>2º grau</i> Residência: <i>W Industrial, 339</i> Cart. Nac. Habilit. nº: _____ Certif. Militar nº: _____	QUANDO ESTRANGEIRO	PROGRAMA DE INTEGRAÇÃO SOCIAL (PIS)
	DATA DA OPÇÃO: <i>01/08/2005</i> DATA DA RETRATAÇÃO: <i>1/1</i> BANCO DEPOSITÁRIO: _____ Carteira mod. 19 nº: _____ Nº Registro Geral: _____ Casado(a) c/ brasileira(o)? _____ Nome do cônjuge: _____ Tem filhos brasileiros? _____ Quantos? _____ Data da chegada ao Brasil: _____ de _____ de _____ É naturalizado? _____ Decreto nº: _____	Cadastrado em <i>26/07/2001</i> sob nº: <i>127.44184.18-9</i> Dep. no Banco: <i>C. E Federal</i> Endereço: <i>V. Gde Sul</i> Códigos: { Banco: <i>104</i> Agência: <i>1201</i> Endereço da agência: <i>João Pinto Fontes, 144</i> Obs.: _____

Beneficiários: *Esposa e filho*

**CONFERE COM O ORIGINAL**

*V. Gde Sul*, *01* de *agosto* de *2005*  
*Graziela Olinda Bernardes*  
 ASSINATURA DO EMPREGADO



(Polegar Direito)

# REGISTRO DE EMPREGADO

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS

VISTO DA FISCALIZAÇÃO

Cor: \_\_\_\_\_  
 Cabelo: \_\_\_\_\_  
 Olhos: \_\_\_\_\_  
 Altura: \_\_\_\_\_  
 Peso: \_\_\_\_\_  
 Sinais: \_\_\_\_\_



*Rita de Lúcia Costa*, portador da C.T.P.S. nº: *50019* Série: *00095 SP*; C.T.P.S. (Rural) nº: \_\_\_\_\_ Série: \_\_\_\_\_  
 CPF/CIC nº: *135.863.938-81*; Título de Eleitor nº: \_\_\_\_\_ da \_\_\_\_\_ zona; Cédula de Identidade R.G. nº: *15.213.984* foi admitido em *02* de *Março* de *2015* para exercer a função de: *Desempensionista*, com o salário de R\$ *1.096,88#*  
*um mil e noventa e seis reais e oitenta e oito centavos*  
 ) por \_\_\_\_\_, no seguinte horário de trabalho: das *07:00* às *17:00* horas, com *2* horas de intervalo para repouso e alimentação.

### SITUAÇÃO PERANTE O FUNDO DE GARANTIA DO TEMPO DE SERVIÇO

É OPTANTE? Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	DATA DA OPÇÃO <i>02/10/15</i>	DATA DA RETRATAÇÃO <i>1/1</i>	BANCO DEPOSITÁRIO
------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	-------------------

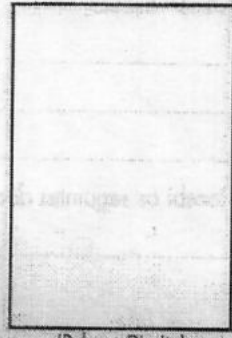
Nacionalidade: <i>Brasileira</i>	QUANDO ESTRANGEIRO	PROGRAMA DE INTEGRAÇÃO SOCIAL (PIS)
Filho de: <i>Costa</i>	Carteira mod. 19 nº: _____	Cadastrado em <i>15/10/15</i> sob nº: <i>123.24018-73-7</i>
e de: <i>Cláudia Fornari Costa</i>	Nº Registro Geral: _____	Dep. no Banco: _____
Nascido em: <i>V. Gdo do Sul-SP</i> a <i>17</i> de <i>Julho</i> de <i>1964</i>	Casado(a) c/ brasileira(o)? _____ Nome do cônjuge: _____	Endereço: _____
Es. civil: <i>Solteira</i>	Tem filhos brasileiros? _____ Quantos? _____	Códigos: { Banco: _____ Agência: _____
Nome do cônjuge: _____	Data da chegada ao Brasil: _____ de _____ de _____	Endereço da agência: _____
Grau de instrução: <i>2º S.</i>	É naturalizado? _____	Obs.: _____
Residência: <i>R. Juv. Benício 912</i>	Decreto nº: _____	
Cart. Nac. Habilit. nº: _____		
Certif. Militar nº: _____		

Beneficiários: \_\_\_\_\_

**CONFERE COM O ORIGINAL**

*V. Gdo do Sul*, *02* de *Março* de *2015*

*[Assinatura]*  
 ASSINATURA DO EMPREGADO





Nome: \_\_\_\_\_  
 Apelido: \_\_\_\_\_  
 Filhos: \_\_\_\_\_  
 Altura: \_\_\_\_\_  
 Peso: \_\_\_\_\_  
 Iniciais: \_\_\_\_\_



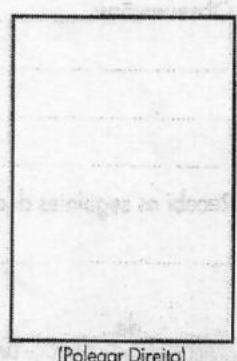
Vanda de Almeida Bassan, portador da C.T.P.S. nº 91580 Série: 290; C.T.P.S. (Rural) nº: \_\_\_\_\_ Série: \_\_\_\_\_  
 CPF/CIC nº: 965.853.908-49; Título de Eleitor nº: \_\_\_\_\_ da \_\_\_\_\_ zona; Cédula de Identidade R.G. nº: 26.691.209-6 foi admitido em 01 de agosto de 2005 para exercer a função de: serviços Gerais com o salário de R\$ 450,00 (Quatrocentos e cinquenta Reais) por mes, no seguinte horário de trabalho: das 07:00 às 17:00 horas, com 2:00 horas de intervalo para repouso e alimentação.

SITUAÇÃO PERANTE O FUNDO DE GARANTIA DO TEMPO DE SERVIÇO

É OPTANTE? Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	DATA DA OPÇÃO <u>01/08/2005</u>	DATA DA RETRATAÇÃO <u>1 1</u>	BANCO DEPOSITÁRIO
------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------	----------------------------------	-------------------

Nacionalidade: <u>Brasileira</u>	QUANDO ESTRANGEIRO	PROGRAMA DE INTEGRAÇÃO SOCIAL (PIS)
Filho de: <u>Antonio Francisco de Almeida</u>	Carteira mod. 19 nº: _____	Cadastrado em <u>22/02/1972</u>
e de: <u>Guilhermina Goncalves de Almeida</u>	Nº Registro Geral: _____	sob nº: <u>103.80008.52.9</u>
Nascido em: <u>Divino Lander</u>	Casado(a) c/ brasileira(o)?	Dep. no Banco: <u>Bradesco</u>
a <u>13</u> de <u>março</u> de <u>1955</u>	Nome do cônjuge: _____	Endereço: <u>V. Gde do Sol</u>
Estado civil: <u>Casada</u>	Tem filhos brasileiros?	Códigos: { Banco: <u>237</u>
Nome do cônjuge: <u>Antonio Carlos Bassan</u>	Quantos? _____	Agência: <u>305</u>
Grau de instrução: <u>1º Grau</u>	Data da chegada ao Brasil: _____	Endereço da agência: <u>Rua Capão Pinto Fontes, 45</u>
Residência: <u>Tr. Maria Ramos</u>	de _____ de _____	Obs.: _____
Cart. Nac. Habilit. nº: _____	É naturalizado? _____	
Certif. Militar nº: _____	Decreto nº: _____	

Beneficiários: \_\_\_\_\_  
 CONFERE COM O ORIGINAL  
V. Gde Sol, 01 de agosto de 2005  
Vanda de Almeida Bassan  
 ASSINATURA DO EMPREGADO



Cor: \_\_\_\_\_  
 Cabelo: \_\_\_\_\_  
 Olhos: \_\_\_\_\_  
 Altura: \_\_\_\_\_  
 Peso: \_\_\_\_\_  
 Sinais: \_\_\_\_\_



Comanda de Fátima Líria Gonçalves, portador da C.T.P.S.  
 nº: 44.495 Série: 322-SP; C.T.P.S. (Rural) nº: \_\_\_\_\_ Série: \_\_\_\_\_  
 CPF/CIC nº: 369.006.408-67; Título de Eleitor nº: \_\_\_\_\_ da \_\_\_\_\_ zona; Cédula de  
 Identidade R.G. nº: 42.206.313-7 foi admitido em 01 de abril de 2015 para exercer  
 a função de: Contador Social, com o salário de R\$ 15,65 por hora  
quinze reais e sessenta e cinco centavos por hora  
 ) por hora, no seguinte  
 hor de trabalho: das \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ horas, com \_\_\_\_\_ horas de intervalo para repouso e alimentação.

SITUAÇÃO PERANTE O FUNDO DE GARANTIA DO TEMPO DE SERVIÇO

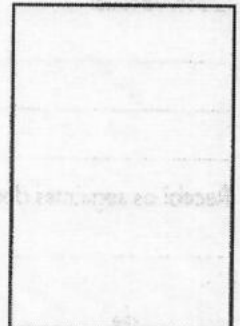
É OPTANTE? Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	DATA DA OPÇÃO <u>01 10 175</u>	DATA DA RETRATAÇÃO <u>1 1</u>	BANCO DEPOSITÁRIO
------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------	----------------------------------	-------------------

Nacionalidade: <u>Brasileira</u>	QUANDO ESTRANGEIRO	PROGRAMA DE INTEGRAÇÃO SOCIAL (PIS)
Filho de: <u>Edmar Jorge de Lima</u>	Carteira mod. 19 nº: _____	Cadastrado em <u>1 1</u> sob nº: <u>129.59.246.26.6</u>
e de: <u>Edna Aparecida de Oliveira Lima</u>	Nº Registro Geral: _____	Dep. no Banco: _____
Nascido em: <u>São Paulo - SP</u>	Casado(a) c/ brasileira(o)? _____	Endereço: _____
a <u>15</u> de <u>Setembro</u> de <u>1989</u>	Nome do cônjuge: _____	Códigos: { Banco: _____ Agência: _____
Estado civil: <u>solteira</u>	Tem filhas brasileiras? _____	Endereço da agência: _____
N.º do cônjuge: _____	Quantos? _____	Obs.: _____
Grau de instrução: <u>Superior Comp.</u>	Data da chegada ao Brasil: _____	
Residência: <u>P. Vitorino Gini, 301, Fátima</u>	de _____ de _____	
Cart. Nac. Habilit. nº: _____	É naturalizado? _____	
Certif. Militar nº: _____	Decreto nº: _____	
	{ Série: _____	
	{ Categ.: _____	

Beneficiários: \_\_\_\_\_

**CONFERE COM O ORIGINAL**

V. Gde do Sul - SP, 01 de abril de 2015  
Amândeo J. R. Gonçalves  
 ASSINATURA DO EMPREGADO



(Polegar Direito)



**CARACTERÍSTICAS FÍSICAS**

**VISTO DA FISCALIZAÇÃO**



Cor: *R.S.*  
 Tabela: *R.S.*  
 Olhos: *R.S.*  
 Altura: *R.S.*  
 Peso: *R.S.*  
 Inciais: *R.S.*

*R.S.*  
*R.S.*  
*R.S.*  
*R.S.*  
*R.S.*  
*R.S.*  
*R.S.*  
*R.S.*  
*R.S.*

*Carla Fernanda Cavalho Costa*, portador da C.T.P.S. nº: *49.617* Série: *263-SP* C.T.P.S. (Rural) nº: \_\_\_\_\_

CPF/CIC nº: *346.123.588-13* Título de Eleitor nº: \_\_\_\_\_ da \_\_\_\_\_ zona; Cédula de Identidade R.G. nº: *40.214.523-4* foi admitido em *03* de *Agosto* de *2015* para exercer a função de: *Operadora de Telemarketing* com o salário de R\$ *R\$ 920,00* (noventa e vinte reais) | por *mês* no seguinte horário de trabalho: das *07:00* às *17:00* horas, com *2* horas de intervalo para repouso e alimentação.

**SITUAÇÃO PERANTE O FUNDO DE GARANTIA DO TEMPO DE SERVIÇO**

É OPTANTE? Sim  Não  DATA DA OPÇÃO: *03/08/2015* DATA DA RETRATAÇÃO: *1/1* BANCO DEPOSITÁRIO: \_\_\_\_\_

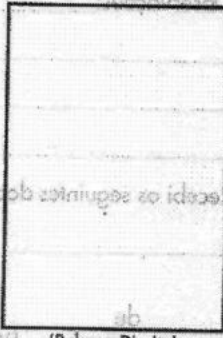
Nacionalidade: <i>Brasileira</i>	QUANDO ESTRANGEIRO	PROGRAMA DE INTEGRAÇÃO SOCIAL (PIS)
Filho de: <i>Sergio Donizete Cavalho</i>	Carteira mod. 19 nº: _____	Cadastrado em <i>13/08/2000</i>
de: <i>Angela Maria Rodrigues Cavalho</i>	Nº Registro Geral: _____	sob nº: <i>127.21997.24-5</i>
Nascido em: <i>V. Gde do Sul - SP</i>	Casado(a) c/ brasileira(o)?	Dep. no Banco: _____
<i>27</i> de <i>Fevereiro</i> de <i>1982</i>	Nome do cônjuge: _____	Endereço: _____
Estado civil: <i>Casada</i>	Tem filhos brasileiros? _____	Códigos: { Banco: _____ Agência: _____
Nome do cônjuge: _____	Quantos? _____	Endereço da agência: _____
Grau de instrução: <i>2º grau completo</i>	Data da chegada ao Brasil: _____	Obs.: _____
Residência: <i>Luciano Cipriano Cps</i>	de _____ de _____	
Cart. Nac. Habilit. nº: _____	É naturalizado? _____	
Certif. Militar nº: _____	Decreto nº: _____	

Beneficiários: \_\_\_\_\_

**CONFERE COM O ORIGINAL**

*V. Gde do Sul*, *03* de *Agosto* de *2015*  
*Carla F Cavalho Costa*

ASSINATURA DO EMPREGADO



(Polegar Direito)