



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 n.º 107.42568.13-7, CREFITO n.º 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>Mãe 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 Custódio</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)
	{ Série: _____ Categ.: _____	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: _____

Beneficiários: *Esposa e filho*

CONFERE COM O ORIGINAL

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



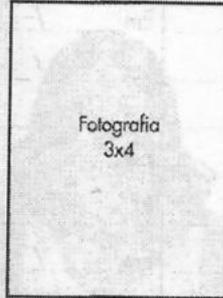
(Polegar Direito)

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
--	----------------------------------	----------------------------------	-------------------

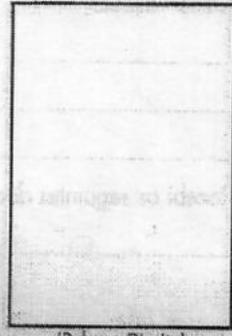
Nacionalidade: <i>Brasileira</i>	QUANDO ESTRANGEIRO	PROGRAMA DE INTEGRAÇÃO SOCIAL (PIS)
Filho de: <i>Antonio 1^o</i>	Carteira mod. 19 nº: _____	Cadastrado em <i>15/10/18</i> sob nº: <i>123.24018.73-7</i>
e de: <i>Gláucia Fornari Costa</i>	Nº Registro Geral: _____	Dep. no Banco: _____
Nascido em: <i>V. 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>2^o S.</i>	É naturalizado? _____ Decreto nº: _____	Obs.: _____
Residência: <i>R. Juv. Benício 912</i>		
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: _____
 Idade: _____



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

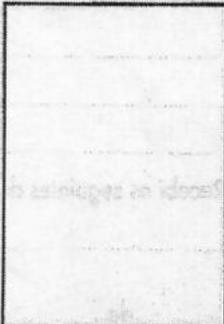
É OPTANTE? Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	DATA DA OPÇÃO <i>01/08/2005</i>	DATA DA RETRATAÇÃO <i>1 1</i>	BANCO DEPOSITÁRIO
--	------------------------------------	----------------------------------	-------------------

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

Beneficiários: _____

CONFERE COM O ORIGINAL

V. ga do Sol, *01* de *agosto* de *2005*
Vanda de Almeida Bassan
 ASSINATURA DO EMPREGADO



(Polegar Direito)

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS

VISTO DA FISCALIZAÇÃO

Cor: _____
 Cabelo: _____
 Olhos: _____
 Altura: _____
 Peso: _____
 Sinais: _____



Comanda de Fátima Lina 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
--	-----------------------------------	----------------------------------	-------------------

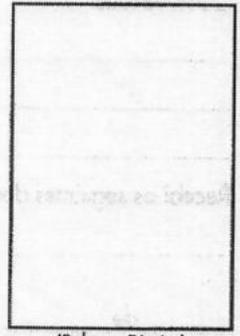
Nacionalidade: <u>Brasileira</u>	QUANDO ESTRANGEIRO	PROGRAMA DE INTEGRAÇÃO SOCIAL (PIS)
Filho de: <u>Edmar Jorge de Lima</u>	Carteira mod. 19 nº: _____	Cadastrado em <u>1 1</u> sob nº: <u>129.59.246.26.6</u>
e de: <u>Edna Aparecida de Oliveira Lima</u>	Nº Registro Geral: _____	Dep. no Banco: _____
Nascido 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.

por R.S.
 por R.S.
 por R.S.
 por R.S.
 por R.S.
 por R.S.
 por R.S.
 por 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: Brasileira
 Filho de: Sergio Donizete Cavalho
 de: Angela Maria Rodrigues Cavalho
 Nascido em: V. Gde do Sul - SP
27 de Janeiro de 1982
 Estado civil: Casada
 Nome do cônjuge: _____
 Grau de instrução: 2º grau completo
 Residência: R. Luciano Ripariano, 695 - Jd. Sabonier
 Cart. Nac. Habilit. nº: _____
 Certif. Militar nº: _____

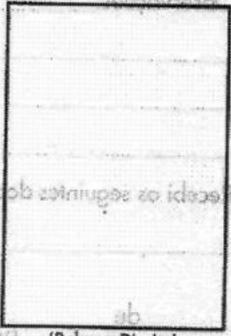
QUANDO ESTRANGEIRO
 Carteira mod. 19 nº: _____
 Nº Registro Geral: _____
 Casado(a) c/ brasileira(o)? _____
 Nome do cônjuge: _____
 Tem filhos brasileiros? _____
 Quantos? _____
 Data da chegada ao Brasil: _____ de _____ de _____
 É naturalizado? _____
 Decreto nº: _____

PROGRAMA DE INTEGRAÇÃO SOCIAL (PIS)
 Cadastrado em 13/08/2000
 sob nº: 127.21997.24-5
 Dep. no Banco: _____
 Endereço: _____
 Códigos: { Banco: _____
 Agência: _____
 Endereço da agência: _____
 Obs.: _____

Beneficiários: _____

CONFERE COM O ORIGINAL

V. Gde do Sul, 03 de Agosto de 2015
Carla F Cavalho Costa
 ASSINATURA DO EMPREGADO



(Polegar Direito)