PREFEITURA DE SORRISO
CAPITAL NACIONAL DO AGRONEGÓCIO

Câmara Municipal de Sorriso MT
PROT Nº 13/2022
RECEBIDO EM
20 JAN. 2022
As 08:07
Lídia Jaime Soares

OFÍCIO GAPRE N° 006/2022.

Sorriso/MT, 17 de janeiro de 2022.

Excelentíssimo Senhor Presidente, Senhores (as) Vereadores (as),

É com muita satisfação que me reporto a Vossa Excelência, a fim de responder os requerimentos e as indicações aprovadas pelos vereadores que compõem o nosso parlamento municipal.

Como forma de centralizarmos a distribuição e respostas da Prefeitura Municipal de Sorriso, tanto do Prefeito como dos Secretários requeridos, vamos encaminhar respostas de todos os Secretários neste documento assinado por mim, Prefeito, conforme segue:

INDICAÇÃO Nº 1132/2021 – Autoria: Wanderley Paulo. - Indicamos a construção da segunda pista da avenida Claudino Francio nas partes que estão somente com uma pista, no município de Sorriso/MT.

Informamos aos nobres vereadores que a resposta de sua indicação está contida no OFÍCIO SMA N° 028/2022 da Secretaria Municipal de Administração.

INDICAÇÃO Nº 1135/2021 – Autoria: Mauricio Gomes e vereadores abaixo assinados. - Indicamos a adequação de salas para os Agentes de Endemias em todas as UBSs-Unidades Básicas de Saúde, no município de Sorriso-MT.

Informamos aos nobres vereadores que a resposta de sua Indicação está contida no OFÍCIO SEMSAS 2618/2021 da Secretaria Municipal de Saúde e Saneamento.

INDICAÇÃO Nº 1168/2021 – Autoria: Damiani, Diogo Kriguer, Celso Kozak, Rodrigo Machado, Zé da Pantanal, Iago Mella e vereadores abaixo assinados. - Indicamos a limpeza do espaço onde se encontra instalado o playground em frente ao CRAS São Domingos, no município de Sorriso/MT.

Informamos aos nobres vereadores que a resposta de sua indicação está contida no OFÍCIO SEMOSP N° 373/2021 da Secretaria Municipal de Obras e Serviços Públicos.

INDICAÇÃO Nº 1169/2021 – Autoria: Damiani, Diogo Kriguer, Celso Kozak, Rodrigo Machado, Zé da Pantanal, Iago Mella e vereadores abaixo assinados. - Indicamos a construção uma quadra iluminada de futebol society, com grama sintética, no Bairro Santa Clara I, no município de Sorriso/MT.

Informamos aos nobres vereadores que a resposta de sua indicação está contida no OFÍCIO SEMEL da Secretaria Municipal Esporte e Lazer.

INDICAÇÃO Nº 1172/2021 – Autoria: Damiani, Diogo Kriguer, Celso Kozak, Rodrigo Machado, Zé da Pantanal, Iago Mella, Marlon Zanella, Mauricio Gomes, Jane Delalibera, Wanderley Paulo e Acacio Ambrosini. - Indicamos a implantação de atendimento em período integral nos CEMEIS do município de Sorriso/MT.

Signatário 1: ARI GENEZIO LAFIN
Assinado com (Cer. Digital) por Ari Genezio Lafin em 19/01/2022 às 16:42 de Brasília

Para confirmar o estado desse documento consulte:
https://application.kashimasoftware.com.br/assinador/servlet/Documento/consultar
Código: OB7RGwNJml

OB7RGwNJml

Informamos aos nobres vereadores que a resposta de sua indicação está contida no OFÍCIO SEMEC N° 1537/2021 da Secretaria Municipal de Educação e Cultura.

INDICAÇÃO Nº 1173/2021 – Autoria: Damiani, Diogo Kriguer, Celso Kozak, Rodrigo Machado, Zé da Pantanal, Iago Mella e vereadores abaixo assinados. - Indicamos que seja realizada a manutenção da iluminação pública da academia ao ar livre e do playground da praça, no Bairro Pinheiros III, município de Sorriso/MT.

Informamos aos nobres vereadores que a resposta de sua indicação está contida no OFÍCIO SEMOSP N° 373/2021 da Secretaria Municipal de Obras e Serviços Públicos.

INDICAÇÃO Nº 1174/2021 – Autoria: Damiani, Diogo Kriguer, Celso Kozak, Rodrigo Machado, Zé da Pantanal, Iago Mella e vereadores abaixo assinados. - Indicamos a realização de estudo de viabilidade para criação de um programa de financiamento a ser concedido à população de baixa renda, para instalação de energia solar nos imóveis residenciais.

Informamos aos nobres vereadores que a resposta de sua indicação está contida no Ofício n° 196/2021 da Secretaria Municipal de Fazenda.

INDICAÇÃO Nº 1175/2021 – Autoria: Rodrigo Machado, Iago Mella, Damiani, Diogo Kriguer, Celso Kozak, Marlon Zanella e Zé da Pantanal. - Indicamos a limpeza e instalação de cerca, nas laterais do Parque Ecológico Municipal, na Avenida dos Imigrantes e na Rua Bandeirantes, no município de Sorriso/MT.

Informamos aos nobres vereadores que a resposta de sua indicação está contida no OFÍCIO SEMOSP N° 373/2021 da Secretaria Municipal de Obras e Serviços Públicos.

INDICAÇÃO Nº 1176/2021 – Autoria: Rodrigo Machado, Iago Mella, Damiani, Diogo Kriguer, Celso Kozak, Marlon Zanella e Zé da Pantanal. - Indicamos a criação de um lago na Avenida dos Imigrantes, no Bairro Jardim Paraiso com Bairro Monte Líbano, com uma área de lazer, jardinagem, paisagismo, implantação de bancos, parque infantil e iluminação, no município de Sorriso/MT.

Informamos aos nobres vereadores que a resposta de sua indicação está contida no OFÍCIO SEMOSP N° 373/2021 da Secretaria Municipal de Obras e Serviços Públicos.

INDICAÇÃO Nº 1177/2021 – Autoria: Rodrigo Machado, Iago Mella, Damiani, Diogo Kriguer, Celso Kozak, Marlon Zanella e Zé da Pantanal. - Indicamos a construção de uma Unidade Básica de Saúde – UBS, no Bairro Colinas, no município de Sorriso/MT.

Informamos aos nobres vereadores que a resposta de sua Indicação está contida no OFÍCIO SEMSAS 2611/2021 da Secretaria Municipal de Saúde e Saneamento.

INDICAÇÃO Nº 1178/2021 – Autoria: Rodrigo Machado, Iago Mella, Damiani, Diogo Kriguer, Celso Kozak, Marlon Zanella e Zé da Pantanal. - Indicamos a implantação de pontos de ônibus com cobertura, na Rua Gravatai, na rua Santana, rua Oriente Médio, rua Nova Era e rua Esteio, no Bairro Jardim Ocidental, no Município de Sorriso-MT.

Informamos aos nobres vereadores que a resposta de sua indicação está contida no OFÍCIO SEMOSP N° 373/2021 da Secretaria Municipal de Obras e Serviços Públicos.

INDICAÇÃO Nº 1189/2021 – Autoria: Zé da Pantanal, Acacio Ambrosini, Celso Kozak, Diogo Kriguer, Marlon Zanella, Rodrigo Machado, Iago Mella, Wanderley Paulo, Damiani, Jane Delalibera e Mauricio Gomes. - Indicamos a implantação de placas de sinalização, com limites de velocidade permitida, nas principais vias do Município de Sorriso/MT.

Informamos aos nobres vereadores que a resposta de sua indicação está contida no OFÍCIO N° 881/2021/SEMSEP da Secretaria Municipal de Segurança Pública, trânsito e Defesa Civil.

INDICAÇÃO Nº 1190/2021 – Autoria: Marlon Zanella, Zé da Pantanal, Acacio Ambrosini, Diogo Kriguer, Jane Delalibera, Rodrigo Machado, Iago Mella, Wanderley Paulo, Damiani e Celso Kozak. - Indicamos a revitalização da iluminação pública na extensão da Rua Passo Fundo, entre a MT 242 e a Rua Alencar Bortolanza, no Município de Sorriso – MT.

Informamos aos nobres vereadores que a resposta de sua indicação está contida no OFÍCIO SEMOSP N° 373/2021 da Secretaria Municipal de Obras e Serviços Públicos.

INDICAÇÃO Nº 1191/2021 – Autoria: Marlon Zanella, Zé da Pantanal, Acacio Ambrosini, Diogo Kriguer, Jane Delalibera, Rodrigo Machado, Iago Mella, Wanderley Paulo, Damiani e Celso Kozak. - Indicamos a construção de uma cobertura para uso da feira no Distrito de Boa Esperança, no Município de Sorriso – MT.

Informamos aos nobres vereadores que a resposta de sua indicação está contida no OFÍCIO SEMOSP N° 373/2021 da Secretaria Municipal de Obras e Serviços Públicos.

INDICAÇÃO Nº 1192/2021 – Autoria: Marlon Zanella, Zé da Pantanal, Acacio Ambrosini, Diogo Kriguer, Jane Delalibera, Rodrigo Machado, Iago Mella, Wanderley Paulo, Damiani e Celso Kozak. - Indicamos a aquisição e disponibilização de uniformes e mais instrumentos para a fanfarra municipal, Município de Sorriso – MT.

Informamos aos nobres vereadores que a resposta de sua indicação está contida no OFÍCIO SEMEC N° 1537/2021 da Secretaria Municipal de Educação e Cultura.

INDICAÇÃO Nº 1193/2021 – Autoria: Acacio Ambrosini e vereadores abaixo assinados. - Indicamos a substituição do quebra-molas por faixa elevada, na Rua Renascença e a recapagem asfáltica na Av. Adolino Bedin esquina com Rua Renascença, Bairro Jardim das Américas, Município de Sorriso - MT.

Informamos aos nobres vereadores que a resposta de sua indicação está contida no OFÍCIO N° 881/2021/SEMSEP da Secretaria Municipal de Segurança Pública, trânsito e Defesa Civil.

REQUERIMENTO Nº 356/2021 – Autoria: Damiani. - Requerem à Secretaria Municipal de Saúde e Saneamento, informações acerca das Unidades Básicas de Saúde existentes no município de Sorriso/MT, consistindo em:

- Quantidade de Unidades;
- Quais bairros estão localizadas;
- Quais bairros cada uma atende.

PREFEITURA DE SORRISO
CAPITAL NACIONAL DO AGRONEGÓCIO

Informamos ao nobre vereador que a resposta de seu Requerimento está contida no OFÍCIO SEMSAS 2612/2021 da Secretaria Municipal de Saúde e Saneamento.

REQUERIMENTO Nº 358/2021 – Autoria: Mauricio Gomes. - Requerem informações sobre o Contrato nº 166/2021, oriundos do Pregão Presencial nº 14/2021 e Ata de Registro de Preços nº 277/2021, objetivando a contratação de empresa para execução de serviço de limpeza e manutenção urbana, compreendendo varrição manual e mecânica, capina manual, corte de grama, retirada de monturos e entulhos nas ruas, avenidas, praças e logradouros públicos, conforme condições, quantidades necessárias, no termo de referência e demais anexos que resultou na contratação da empresa Califórnia Mudas Ltda.

Informamos ao nobre vereador que a resposta de seu Requerimento está contida no OFÍCIO SMA 023/2022 da Secretaria Municipal de Administração.

Sem mais para o momento, aproveitamos para elevar a Vossa Excelência, protestos de mais alto apreço.

Atenciosamente,

Assinado Digitalmente
ARI GENÉZIO LAFIN
Prefeito Municipal

Ao Senhor,
LEANDRO CARLOS DAMIANI
Presidente da Câmara Municipal de Sorriso
Sorriso-MT

PREFEITURA DE SORRISO
CAPITAL NACIONAL DO AGRONEGÓCIO

OFÍCIO SMA Nº 023/2022.

Sorriso/MT, 17 de janeiro de 2022.

Senhor Presidente,

Servimo-nos do presente, para responder o Requerimento n° 358/2021.

REQUERIMENTO Nº 358/2021 – Autoria: Mauricio Gomes. - Requerem informações sobre o Contrato nº 166/2021, oriundos do Pregão Presencial nº 14/2021 e Ata de Registro de Preços nº 277/2021, objetivando a contratação de empresa para execução de serviço de limpeza e manutenção urbana, compreendendo varrição manual e mecânica, capina manual, corte de grama, retirada de monturos e entulhos nas ruas, avenidas, praças e logradouros públicos, conforme condições, quantidades necessárias, no termo de referência e demais anexos que resultou na contratação da empresa Califórnia Mudas Ltda.

Resposta: Primeiramente agradecemos ao nobre vereador pelo Requerimento e informamos que segue cópia de todos os documentos solicitados para vossa apreciação.

Sendo o que me cumpria, aproveito a oportunidade para demonstrar meus sinceros votos de estima e consideração.

Cordialmente,

Assinado Digitalmente
ESTEVAM HUNGARO CALVO FILHO
Secretário de Administração

A sua Excelência, o Senhor,
LEANDRO CARLOS DAMIANI
Presidente da Câmara Municipal de Vereadores
Sorriso/MT

Signatário 1: ESTEVAM HUNGARO CALVO FILHO
Assinado com (Cer. Digital) por Estevam Hungaro Calvo Filho em 19/01/2022 às 16:41 de Brasília

Para confirmar o estado desse documento consulte:
https://application.kashimasoftware.com.br/assinador/servlet/Documento/consultar
Código: 3flbjo0JJG

3flbjo0JJG

	HORAS	A R$	TOTAIS
NORMAIS			R$
EXTRAS			R$
DESC. REMUN.			R$

SOMA R$

INSS R$
I.R. - FONTE (DEDUÇÕES) R$
VALOR I.R. - F R$
R$
TOTAL DOS DESCONTOS R$
SALÁRIO-FAMÍLIA R$

SALDO A RECEBER R$

2ª QUINZENA

H. Nor. DIAS	MANHÃ Entrada	MANHÃ Saída	TARDE Entrada	TARDE Saída	EXTRA Entrada	EXTRA Saída	Horas Extras
16	05:00	09:00	11:00	15:00			
17	06:00	09:00	11:00	15:00			
18	05:00	09:00	11:00	15:00			
19	05:00	09:00	11:00	15:00			
20	Feriado						
21	Domingo						
22	05:00	09:00	11:00	15:00			
23	05:00	09:00	11:00	15:00			
24	05:00	09:00	11:00	15:00			
25	05:00	09:00	11:00	15:00			
26	05:00	09:00	11:00	15:00			
27	05:00	09:00	—	—			
28	Domingo						
29	05:00	09:00	11:00	15:00			
30	05:00	09:00	11:00	15:00			
31	—	—	—	—			

Recebi o saldo acima mencionado

DATA / /

Francisco P. da Conceição
Assinatura do Empregado

REGISTRO DE OCORRÊNCIAS:

Nº ORDEM | EMPREGADOR OU RAZÃO SOCIAL

C.N.P.J. | ATIVIDADE ECONÔMICA

EMPREGADO Francisco Pereira da Conceição

Nº REGISTRO | Nº CTPS | FUNÇÃO

LOCAL DO TRABALHO | 1ºQUINZENA

MÊS Novembro | ANO

Hor. de Trab. | ENTRADA | INTERVALO PARA REFEIÇÃO | SAÍDA | REPOUSO SEMANAL

H. Nor. DIAS	MANHÃ Entrada	MANHÃ Saída	TARDE Entrada	TARDE Saída	EXTRA Entrada	EXTRA Saída	Horas
1	05:00	09:00	11:00	15:00			
2	Feriado						
3	05:00	09:00	11:00	15:00			
4	05:00	09:00	11:00	15:00			
5	05:00	09:00	11:00	15:00			
6	05:00	09:00	—	—			
7	Domingo						
8	05:00	09:00	11:00	15:00			
9	05:00	09:00	11:00	15:00			
10	05:00	09:00	11:00	15:00			
11	05:00	09:00	11:00	15:00			
12	05:00	09:00	11:00	15:00			
13	05:00	09:00	—	—			
14	Domingo						
15	Feriado						

"De conformidade com a Portaria Mtb nº 3626/91 de 13/11/91, este Cartão de Ponto, substitui, para todos os efeitos, o Quadro de Horário de Trabalho e Ficha de Horário de Trabalho Externo."

tilibra CÓD. 15019 TIPO RB

	HORAS	A R$	TOTAIS
NORMAIS			R$
EXTRAS			R$
DESC. REMUN.			R$

SOMA R$

INSS R$

I.R. - FONTE (DEDUÇÕES) R$

VALOR I.R. F R$

TOTAL DOS DESCONTOS R$

SALÁRIO-FAMÍLIA R$

SALDO A RECEBER R$

2ª QUINZENA

H. Nor. DIAS	MANHÃ Entrada	MANHÃ Saída	TARDE Entrada	TARDE Saída	EXTRA Entrada	EXTRA Saída	Horas Extras
16	05:00	09:00	11:00	15:00			
17	05:00	09:00	11:00	15:00			
18	05:00	09:00	11:00	15:00			
19	05:00	09:00	11:00	15:00			
20	FERIADO						
21	DOMINGO						
22	05:00	09:00	11:00	15:00			
23	05:00	09:00	11:00	15:00			
24	05:00	09:00	11:00	15:00			
25	05:00	09:00	11:00	15:00			
26	05:00	09:00	11:00	15:00			
27	05:00	09:00	—	—			
28	DOMINGO						
29	05:00	09:00	11:00	15:00			
30	05:00	09:00	11:00	15:00			
31	—	—	—	—			

Recebi o saldo acima mencionado

DATA / /

Assinatura do Empregado

REGISTRO DE OCORRÊNCIAS:

Nº ORDEM	EMPREGADOR OU RAZÃO SOCIAL	
C.N.P.J.		ATIVIDADE ECONÔMICA
EMPREGADO	Jeovar Vieira dos Santos	
Nº REGISTRO	Nº CTPS	FUNÇÃO
LOCAL DO TRABALHO		1ª QUINZENA
MÊS	NOVEMBRO	ANO

Hor. de Trab. | ENTRADA | INTERVALO PARA REFEIÇÃO | SAÍDA | REPOUSO SEM.

H. Nor. DIAS	MANHÃ Entrada	MANHÃ Saída	TARDE Entrada	TARDE Saída	EXTRA Entrada	EXTRA Saída
1	09:00	09:00	11:00	15:00		
2	FERIADO					
3	05:00	09:00	11:00	15:00		
4	05:00	09:00	11:00	15:00		
5	05:00	09:00	11:00	15:00		
6	05:00	09:00	—	—		
7	DOMINGO					
8	05:00	09:00	11:00	15:00		
9	05:00	09:00	11:00	15:00		
10	05:00	09:00	11:00	15:00		
11	05:00	09:00	11:00	15:00		
12	05:00	09:00	11:00	15:00		
13	05:00	09:00	—	—		
14	DOMINGO					
15	FERIADO					

"De conformidade com a Portaria Mtb nº 3626/91 de 13/11/91, este Cartão de Ponto, substitui, para todos os efeitos, o Quadro de Horário de Trabalho e Ficha de Horário de Trabalho Externo."

tilibra CÓD. 16019 TIPO RB

	HORAS	A R$	TOTAIS
NORMAIS			R$
EXTRAS			R$
DESC. REMUN.			R$

SOMA R$

INSS R$

I.R. - FONTE (DEDUÇÕES) R$

VALOR I.R. - F R$

R$

TOTAL DOS DESCONTOS R$

SALÁRIO-FAMÍLIA R$

SALDO A RECEBER R$

2ª QUINZENA

H. Nor. DIAS	MANHÃ Entrada	MANHÃ Saída	TARDE Entrada	TARDE Saída	EXTRA Entrada	EXTRA Saída	Horas Extras
16	05:00	09:00	11:00	15:00			
17	05:00	09:00	11:00	15:00			
18	05:00	09:00	11:00	15:00			
19	05:00	09:00	11:00	15:00			
20	FERIADO						
21	DOMINGO						
22	05:00	09:00	11:00	15:00			
23	05:00	09:00	11:00	15:00			
24	05:00	09:00	11:00	15:00			
25	05:00	09:00	11:00	15:00			
26	05:00	09:00	11:00	15:00			
27	05:00	09:00	—	—			
28	DOMINGO						
29	05:00	09:00	11:00	15:00			
30	05:00	09:00	11:00	15:00			
31	—	—	—	—			

Recebi o saldo acima mencionado

DATA / / Cleide

Assinatura do Empregado

REGISTRO DE OCORRÊNCIAS:

Nº ORDEM | EMPREGADOR OU RAZÃO SOCIAL

C.N.P.J. | ATIVIDADE ECONÔMICA

EMPREGADO Cleide Rosa do Nascimento

Nº REGISTRO | Nº CTPS | FUNÇÃO

LOCAL DO TRABALHO | 1ª QUINZENA

MÊS NOVEMBRO | ANO

Hor. de Trab. | ENTRADA | INTERVALO PARA REFEIÇÃO | SAÍDA | REPOUSO SEMANAL

H. Nor. DIAS	MANHÃ Entrada	MANHÃ Saída	TARDE Entrada	TARDE Saída	EXTRA Entrada	EXTRA Saída	Horas Extras
1	05:00	09:00	11:00	15:00			
2	FERIADO						
3	05:00	09:00	11:00	15:00			
4	05:00	09:00	11:00	15:00			
5	05:00	09:00	11:00	15:00			
6	05:00	09:00	—	—			
7	DOMINGO						
8	05:00	09:00	11:00	15:00			
9	05:00	09:00	11:00	15:00			
10	05:00	09:00	11:00	15:00			
11	05:00	09:00	11:00	15:00			
12	05:00	09:00	11:00	15:00			
13	05:00	09:00	—	—			
14	DOMINGO						
15	FERIADO						

"De conformidade com a Portaria Mtb nº 3626/91 de 13/11/91, este Cartão de Ponto, substitui, para todos os efeitos, o Quadro de Horário de Trabalho e Ficha de Horário de Trabalho Externo."

tilibra CÓD. 15019 TIPO RB

	HORAS	A R$	TOTAIS
NORMAIS			R$
EXTRAS			R$
DESC. REMUN.			R$

SOMA R$ _____

INSS ..... R$ _____
I.R. - FONTE (DEDUÇÕES) ..... R$ _____
VALOR I.R. - F ..... R$ _____
..... R$ _____
TOTAL DOS DESCONTOS ..... R$ _____
SALÁRIO-FAMÍLIA ..... R$ _____

SALDO A RECEBER ..... R$ _____

H. Nor. DIAS	MANHÃ		TARDE		EXTRA		Horas Extras Trab.
	Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída	
16	05:00	09:00	11:00	15:00			
17	05:00	09:00	11:00	15:00			
18	05:00	09:00	11:00	15:00			
19	05:00	09:00	11:00	15:00			
20	Feriado						
21	Domingo						
22	05:00	09:00	11:00	15:00			
23	05:00	09:00	11:00	15:00			
24	05:00	09:00	11:00	15:00			
25	05:00	09:00	11:00	15:00			
26	05:00	09:00	11:00	15:00			
27	05:00	09:00	—	—			
28	Domingo						
29	05:00	09:00	11:00	15:00			
30	05:00	09:00	11:00	15:00			
31	—	—	—	—			

Recebi o saldo acima mencionado

DATA / / Raquel da Silva
Assinatura do Empregado

REGISTRO DE OCORRÊNCIAS:

2ª QUINZENA

Nº ORDEM	EMPREGADOR OU RAZÃO SOCIAL	
C.N.P.J.		ATIVIDADE ECONÔMICA
EMPREGADO: RAQUEL DA SILVA OLIVEIRA		
Nº REGISTRO	Nº CTPS	FUNÇÃO
LOCAL DO TRABALHO		1ª QUINZENA
MÊS: NOVEMBRO		ANO

ENTRADA	INTERVALO PARA REFEIÇÃO	SAÍDA	REPOUSO SEMANAL

H. Nor. DIAS	MANHÃ		TARDE		EXTRA		Horas Extras
	Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída	
1	05:00	09:00	11:00	15:00			
2	Feriado						
3	ATESTADO						
4	05:00	09:00	11:00	15:00			
5	05:00	09:00	11:00	15:00			
6	05:00	09:00	—	—			
7	Domingo						
8	05:00	09:00	11:00	15:00			
9	05:00	09:00	11:00	15:00			
10	05:00	09:00	11:00	15:00			
11	05:00	09:00	11:00	15:00			
12	05:00	09:00	11:00	15:00			
13	05:00	09:00	—	—			
14	Domingo						
15	Feriado						

"De conformidade com a Portaria Mtb nº 3626/91 de 13/11/91, este Cartão de Ponto, substitui, para todos os efeitos, o Quadro de Horário de Trabalho e Ficha de Horário de Trabalho Externo."

Ilibore CÓD. 15019 TIPO RB

SUS - Sistema Único de Saúde

Prefeitura Municipal de Sorriso

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

ATESTADO

Atesto para os devidos fins, a pedido que o(a) Sr(a) Raquel [illegible] Silva Oliveira

Ident., ou Registro 5a [illegible]

Foi atendido (a) [illegible]

Clínica ou Serviço

do Ambulatório

Hospital ou Ambulatório

do dia 3/11/21, *das* 07:00 *horas às* _____ *horas. Necessitando de* _____

(01 (um)) *dias de repouso, por motivo de doença.*

por Extenso

CID (A09) (R11)

[illegible]

Assinatura do Paciente ou Responsável

PF São Domingos, 03/11/21

Local e Data

Raul Alberto Rodrigues Garcia
Especialista em Medicina
Geral Integral
CRM/UF 9531-MT

Assinatura do Médico / Odontólogo
(Carimbo Contendo Nome Completo e Registro CRM/CRO)

NOTA - ESTE ATESTADO É VALIDO PARA FINALIDADES PREVISTAS NO **ART. 27 DE CLPS**, APROVADA PELO **DECRETO Nº 89.312 DE 23/01/84, E RESOLUÇÃO CFM-1190/84** E SERÁ EXIBIDO PARA JUSTIFICATIVA DE 1 A 15 DIAS DE AFASTAMENTO DO TRABALHO

	HORAS	A R$	TOTAIS
NORMAIS			R$
EXTRAS			R$
DESC. REMUN.			R$

SOMA R$

INSS R$

I.R. - FONTE (DEDUÇÕES) R$

VALOR I.R. - F R$

R$

TOTAL DOS DESCONTOS R$

SALÁRIO-FAMÍLIA R$

SALDO A RECEBER R$

2ª QUINZENA

H. Nor. DIAS	MANHÃ		TARDE		EXTRA		Horas Extras
	Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída	
16	05:00	09:00	11:00	15:00			
17	05:00	09:00	11:00	15:00			
18	05:00	09:00	11:00	15:00			
19	05:00	09:00	11:00	15:00			
20	Feriado						
21	Domingo						
22	FALTA		11:00	15:00			
23	05:00	09:00	11:00	15:00			
24	05:00	09:00	11:00	15:00			
25	05:00	09:00	11:00	15:00			
26	05:00	09:00	11:00	15:00			
27	05:00	09:00	—	—			
28	Domingo						
29	05:00	09:00	11:00	15:00			
30	05:00	09:00	11:00	15:00			
31	—	—	—	—			

Recebi o saldo acima mencionado

DATA / / Ana Paula Silverio Reis

Assinatura do Empregado

REGISTRO DE OCORRÊNCIAS:

Nº ORDEM | EMPREGADOR OU RAZÃO SOCIAL

C.N.P.J. | ATIVIDADE ECONÔMICA

EMPREGADO Ana Paula Silverio Reis

Nº REGISTRO | Nº CTPS | FUNÇÃO

LOCAL DO TRABALHO | 1ª QUINZENA

MÊS Novembro | ANO

Hor. de Trab. | ENTRADA | INTERVALO PARA REFEIÇÃO | SAÍDA | REPOUSO SEMANAL

H. Nor. DIAS	MANHÃ		TARDE		EXTRA	
	Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída
1	05:00	09:00	11:00	15:00		
2	Feriado					
3	05:00	09:00	11:00	15:00		
4	05:00	09:00	11:00	15:00		
5	05:00	09:00	11:00	15:00		
6	05:00	09:00	—	—		
7	Domingo					
8	05:00	09:00	11:00	15:00		
9	05:00	09:00	11:00	15:00		
10	05:00	09:00	11:00	15:00		
11	05:00	09:00	11:00	15:00		
12	05:00	09:00	11:00	15:00		
13	05:00	09:00	—	—		
14	Domingo					
15	Feriado					

"De conformidade com a Portaria Mtb nº 3626/91 de 13/11/91, este Cartão de Ponto, substitui, para todos os efeitos, o Quadro de Horário de Trabalho e Ficha de Horário de Trabalho Externo."

tilibra CÓD. 15019 TIPO RB

	HORAS	A R$	TOTAIS
NORMAIS			R$
EXTRAS			R$
DESC. REMUNT.			R$

SOMA R$

INSS R$

I.R. - FONTE (DEDUÇÕES) R$

VALOR I.R. - F R$

R$

TOTAL DOS DESCONTOS R$

SALÁRIO-FAMÍLIA R$

SALDO A RECEBER R$

2.ª QUINZENA

H. Nor. DIAS	MANHÃ		TARDE		EXTRA		Horas Extras
	Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída	
16	7:00	11:30	13:00	17:30	FRA	FRA	
17	7:00	11:30	13:00	17:30	FRA	FRA	
18	7:00	11:30	13:00	17:30	FRA	FRA	
19	7:00	11:30	13:00	17:30	FRA	FRA	
20	Feriado						
21	Domingo						
22	7:00	11:30	13:00	17:30	FRA	FRA	
23	7:00	11:30	13:00	17:30	FRA	FRA	
24	7:00	11:30	13:00	17:30	FRA	FRA	
25	7:00	11:30	13:00	17:30	FRA	FRA	
26	7:00	11:30	13:00	17:30	FRA	FRA	
27	7:00	12:00			FRA		
28	Domingo						
29	7:00	11:30	13:00	17:30			
30	7:00	11:30	13:00	17:30			
31							

Recebi o saldo acima mencionado

DATA / /

Assinatura do Empregado

REGISTRO DE OCORRÊNCIAS:

Nº ORDEM | EMPREGADOR OU RAZÃO SOCIAL

C.N.P.J. | ATIVIDADE ECONÔMICA

EMPREGADO Francisco Alves

Nº REGISTRO | Nº CTPS | FUNÇÃO

LOCAL DO TRABALHO | 1ª QUINZENA

MÊS | ANO

Hor. de Trab. | ENTRADA | INTERVALO PARA REFEIÇÃO | SAÍDA | REPOUSO SEMAN...

H. Nor. DIAS	MANHÃ		TARDE		EXTRA		Horas Extras
	Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída	
1	7:00	11:30	13:00	17:30	FRA	FRA	
2	Feriado						
3	7:00	11:30	13:00	17:30	FRA	FRA	
4	7:00	11:30	13:00	17:30	FRA	FRA	
5	7:00	11:30	13:00	17:30	FRA	FRA	
6	7:00	12:00			FRA		
7	Domingo						
8	7:00	11:30	13:00	17:30	FRA	FRA	
9	7:00	11:30	13:00	17:30	FRA	FRA	
10	7:00	11:30	13:00	17:30	FRA	FRA	
11	7:00	11:30	13:00	17:30	FRA	FRA	
12	7:00	11:30	13:00	17:30	FRA	FRA	
13	7:00	12:00			FRA		
14	Domingo						
15	Feriado						

"De conformidade com a Portaria Mtb nº 3626/91 de 13/11/91, este Cartão de Ponto, substitui, para todos os efeitos, o Quadro de Horário de Trabalho e Ficha de Horário de Trabalho Externo."

Editora CÓD. 15019 TIPO RB

	HORAS	A R$	TOTAIS
NORMAIS			R$
EXTRAS			R$
DESC. REMUN.			R$

SOMA R$

INSS R$

I.R. - FONTE (DEDUÇÕES) R$

VALOR I.R. - F R$

R$

TOTAL DOS DESCONTOS R$

SALÁRIO-FAMÍLIA R$

SALDO A RECEBER R$

2ª QUINZENA

H. Nor. DIAS	MANHÃ		TARDE		EXTRA		Horas Extras
	Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída	
16	05:00	09:00	11:00	15:00			
17	05:00	09:00	11:00	15:00			
18	05:00	09:00	11:00	15:00			
19	05:00	09:00	11:00	15:00			
20	Feriado						
21	Domingo						
22	05:00	09:00	11:00	15:00			
23	05:00	09:00	11:00	15:00			
24	05:00	09:00	11:00	15:00			
25	05:00	09:00	11:00	15:00			
26	05:00	09:00	11:00	15:00			
27	05:00	09:00	—	—			
28	Domingo						
29	05:00	09:00	11:00	15:00			
30	05:00	09:00	11:00	15:00			
31	—	—	—	—			

Recebi o saldo acima mencionado

DATA / / Ana Paula Silva de Oliveira

Assinatura do Empregado

REGISTRO DE OCORRÊNCIAS:

Nº ORDEM | EMPREGADOR OU RAZÃO SOCIAL

C.N.P.J. | ATIVIDADE ECONÔMICA

EMPREGADO Ana Paula Silva de Oliveira

Nº REGISTRO | Nº CTPS | FUNÇÃO

LOCAL DO TRABALHO | 1ª QUINZENA

MÊS Novembro | ANO

Hor. de Trab. | ENTRADA | INTERVALO PARA REFEIÇÃO | SAÍDA | REPOUSO SEMANAL

H. Nor. DIAS	MANHÃ		TARDE		EXTRA		Horas Extras
	Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída	
1	05:00	09:00	11:00	15:00			
2	Feriado						
3	05:00	09:00	11:00	15:00			
4	05:00	09:00	11:00	15:00			
5	05:00	09:00	11:00	15:00			
6	05:00	09:00	—	—			
7	Domingo						
8	05:00	09:00	11:00	15:00			
9	05:00	09:00	11:00	15:00			
10	05:00	09:00	11:00	15:00			
11	05:00	09:00	11:00	15:00			
12	05:00	09:00	11:00	15:00			
13	05:00	09:00	—	—			
14	Domingo						
15	Feriado						

"De conformidade com a Portaria Mtb nº 3626/91 de 13/11/91, este Cartão de Ponto, substitui, para todos os efeitos, o Quadro de Horário de Trabalho e Ficha de Horário de Trabalho Externo."

tilibra CÓD. 15019 TIPO RB

	HORAS	A R$	TOTAIS
NORMAIS			R$
EXTRAS			R$
DESC. REMUN.			R$

SOMA R$

INSS ..... R$

I.R. - FONTE (DEDUÇÕES) ..... R$

VALOR I.R. - F ..... R$

..... R$

TOTAL DOS DESCONTOS ..... R$

SALÁRIO-FAMÍLIA ..... R$

SALDO A RECEBER ..... R$

2ª QUINZENA

H. Nor. DIAS	MANHÃ		TARDE		EXTRA		Horas Extras
	Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída	
16	05:00	09:00	11:00	15:00			
17	05:00	09:00	11:00	15:00			
18	05:00	09:00	11:00	15:00			
19	05:00	09:00	11:00	15:00			
20	Feriado						
21	Domingo						
22	ATESTADO						
23	05:00	09:00	11:00	15:00			
24	05:00	09:00	11:00	15:00			
25	05:00	09:00	11:00	15:00			
26	05:00	09:00	11:00	15:00			
27	05:00	09:00	—	—			
28	Domingo						
29	05:00	09:00	11:00	15:00			
30	05:00	09:00	11:00	15:00			
31	—	—	—	—			

Recebi o saldo acima mencionado

DATA / /

Assinatura do Empregado

REGISTRO DE OCORRÊNCIAS:

Nº DEM | EMPREGADOR OU RAZÃO SOCIAL

C.N.P.J. | ATIVIDADE ECONÔMICA

EMPREGADO Danieli Benite Coelho

Nº REGISTRO | Nº CTPS | FUNÇÃO

LOCAL DO TRABALHO | 1ª QUINZE

MÊS Novembro | ANO

Hor. de Trab. | ENTRADA | INTERVALO PARA REFEIÇÃO | SAÍDA | REPOUSO SEMANA

H. Nor. DIAS	MANHÃ		TARDE		EXTRA	
	Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída
1	05:00	09:00	11:00	15:00		
2	Feriado					
3	05:00	09:00	11:00	15:00		
4	05:00	09:00	11:00	15:00		
5	05:00	09:00	11:00	15:00		
6	05:00	09:00	—	—		
7	Domingo					
8	05:00	09:00	11:00	15:00		
9	05:00	09:00	11:00	15:00		
10	05:00	09:00	11:00	15:00		
11	05:00	09:00	11:00	15:00		
12	05:00	09:00	11:00	15:00		
13	05:00	09:00	—	—		
14	Domingo					
15	Feriado					

"De conformidade com a Portaria Mtb nº 3626/91 de 13/11/91, este Cartão de Ponto, substitui, para todos os efeitos, o Quadro de Horário de Trabalho e Ficha de Horário de Trabalho Externo."

tilibra CÓD. 15019 TIPO RB

SUS - Sistema Único de Saúde

Prefeitura Municipal de Sorriso

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

ATESTADO

Atesto para os devidos fins, a pedido que o(a) Sr(a) Daniele Benite Paulo, Ident., ou Registro

Foi atendido (a) Clínica ou Serviço

do Hospital ou Ambulatório

do dia 22/11/21, das horas às horas. Necessitando de 01 (um) por Extenso dias de repouso, por motivo de doença.

CID Z76.

Assinatura do Paciente ou Responsável

Local e Data

Dra. Luanna D.R. Vasconcelos
Médica
CRM-MT 10128

Assinatura do Médico / Odontólogo
(Carimbo Contendo Nome Completo e Registro CRM/CRO)

NOTA - ESTE ATESTADO É VALIDO PARA FINALIDADES PREVISTAS NO **ART. 27 DE CLPS**, APROVADA PELO **DECRETO Nº 89.312 DE 23/01/84, E RESOLUÇÃO CFM-1190/84** E SERÁ EXIBIDO PARA JUSTIFICATIVA DE 1 A 15 DIAS DE AFASTAMENTO DO TRABALHO

	HORAS	A R$	TOTAIS
NORMAIS			R$
EXTRAS			R$
DESC. REMUN.			R$

SOMA R$

INSS R$

I.R. - FONTE (DEDUÇÕES) R$

VALOR I.R. - F R$

R$

TOTAL DOS DESCONTOS R$

SALÁRIO-FAMÍLIA R$

SALDO A RECEBER R$

2ª QUINZENA

H. Nor. DIAS	MANHÃ		TARDE		EXTRA		Horas Extras
	Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída	
16	05:00	09:00	11:00	15:00			
17	05:00	09:00	11:00	15:00			
18	05:00	09:00	11:00	15:00			
19	05:00	09:00	11:00	15:00			
20	Feriado						
21	Domingo						
22	05:00	09:00	11:00	15:00			
23	05:00	09:00	11:00	15:00			
24	05:00	09:00	11:00	15:00			
25	05:00	09:00	11:00	15:00			
26	ATESTADO						
27	05:00	09:00	—	—			
28	Domingo						
29	05:00	09:00	11:00	15:00			
30	05:00	09:00	11:00	15:00			
31	—	—	—	—			

Recebi o saldo acima mencionado

DATA / / Maria do Rosario

Assinatura do Empregado

REGISTRO DE OCORRÊNCIAS:

Nº ORDEM | EMPREGADOR OU RAZÃO SOCIAL

C.N.P.J. | ATIVIDADE ECONÔMICA

EMPREGADO: Maria do Rosario Farias Mende

Nº REGISTRO | Nº CTPS | FUNÇÃO

LOCAL DO TRABALHO

1ª QUINZENA

MÊS NOVEMBRO | ANO

Hor. de Trab. | ENTRADA | INTERVALO PARA REFEIÇÃO | SAÍDA | REPOUSO SEMANAL

H. Nor. DIAS	MANHÃ		TARDE		EXTRA	
	Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída
1	05:00	09:00	11:00	15:00		
2	Feriado					
3	ATESTADO					
4	05:00	09:00	11:00	15:00		
5	05:00	09:00	11:00	15:00		
6	05:00	09:00	—	—		
7	Domingo					
8	05:00	09:00	11:00	15:00		
9	05:00	09:00	11:00	15:00		
10	05:00	09:00	11:00	15:00		
11	05:00	09:00	11:00	15:00		
12	05:00	09:00	11:00	15:00		
13	05:00	09:00	—	—		
14	Domingo					
15	Feriado					

"De conformidade com a Portaria Mtb nº 3626/91 de 13/11/91, este Cartão de Ponto, substitui, para todos os efeitos, o Quadro de Horário de Trabalho e Ficha de Horário de Trabalho Externo."

tilibra CÓD. 15019 TIPO RB

PREFEITURA DE SORRISO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE SORRISO

Secretaria de Saude

Atestado

ATESTADO

Atesto para os devidos fins que **MARIA DO ROSARIO FARIAS MENDES** recebeu atendimento neste serviço no dia **03/11/2021**, e necessita afastamento de suas atividades por **1** dias, a partir de **03/11/2021.**

É vedado ao médico ou odontólogo revelar o CID diagnóstico, salvo se autorizado pelo paciente ou responsável legal, conforme art. 73 do código de ética médica.

Diagnóstico: M545

Autorizo a divulgação do diagnóstico (CID)

MARIA DO ROSARIO FARIAS MENDES
ou responsável legal.

Dr. Sanrley N. da Silva
Médico
CRM/MT 8750

SANRLEY NEGREIROS DA SILVA

CRM: 8750

48676

Emitido em: 03/11/2021

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE SORRISO

Secretaria de Saude

Atestado

ATESTADO

Atesto para os devidos fins que **MARIA DO ROSARIO FARIAS MENDES** recebeu atendimento neste serviço no dia **26/11/2021**, e necessita afastamento de suas atividades por **1** dias, a partir de **26/11/2021**.

É vedado ao médico ou odontólogo revelar o CID diagnóstico, salvo se autorizado pelo paciente ou responsável legal, conforme art. 73 do código de ética médica.

Obs.: PACIENTE ATENDIDA NA UNIDADE DAS 07:00 AS 09:00..

ILKA GRACIOLLI BARBOZA

CRO: 3677

Ilka Graciolli Barboza
Esp. Endodontia
CRO-MT 3677

Emitido em: 26/11/2021

51147

	HORAS	A R$	TOTAIS
NORMAIS			R$
EXTRAS			R$
DESC. REMUN.			R$

SOMA R$

INSS R$

I.R. - FONTE (DEDUÇÕES) R$

VALOR I.R. - F R$

R$

TOTAL DOS DESCONTOS R$

SALÁRIO-FAMÍLIA R$

SALDO A RECEBER R$

2ª QUINZENA

H. Nor. DIAS	MANHÃ		TARDE		EXTRA		Horas Extras
	Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída	
16	7	11:3	13	17:3			
17	7	11:3	13	17:3			
18	7	11:3	13	17:3			
19	7 -0	11:3	13.	17:3			
20	Feriado						
21	Domingo						
22	7-0	11:3	13:	17:3			
23	7-0	11:3	13:	17:3			
24	7	11:3	13	17:3			
25	7	11:3	13	17:3			
26	7	11:3	13.	17:30			
27	7.	11:3					
28	Domingo						
29	7:00	11:3	13	17:3			
30	7:00	11:3	13	17:3			
31							

Recebi o saldo acima mencionado

DATA / / Assinatura do Empregado

REGISTRO DE OCORRÊNCIAS:

Nº ORDEM | EMPREGADOR OU RAZÃO SOCIAL

C.N.P.J. | ATIVIDADE ECONÔMICA

EMPREGADO Roni Jardel Sides

Nº REGISTRO | Nº CTPS | FUNÇÃO

LOCAL DO TRABALHO | 1ª QUINZENA

MÊS | ANO

Hor. de Trab.	ENTRADA	INTERVALO PARA REFEIÇÃO	SAÍDA	REPOUSO SEMANAL

H. Nor. DIAS	MANHÃ		TARDE		EXTRA		Horas Extras
	Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída	
1							
2							
3							
4							
5							
6	07:	12:00					
7	Domingo						
8	7	11.3	13	17.30			
9	7	11.3	13.	17:30			
10	7	11:3	13.	17:30			
11	7	11.3	13	17.30			
12	7	11.3	13.	17:30			
13	7	11.3	1				
14	Domingo						
15	Feriado						

De conformidade com a Portaria Mtb nº 3626/91 de 13/11/91, este Cartão de Ponto, substitui, para todos os efeitos, o Quadro de Horário de Trabalho e Ficha de Horário de Trabalho Externo.

tilibra CÓD. 15019 TIPO RB

	HORAS	A R$	TOTAIS
NORMAIS			R$
EXTRAS			R$
DESC. REMUN.			R$

SOMA R$

INSS R$

I.R. - FONTE (DEDUÇÕES) R$

VALOR I.R. - F R$

R$

TOTAL DOS DESCONTOS R$

SALÁRIO-FAMÍLIA R$

SALDO A RECEBER R$

2ª QUINZENA

H. Nor. DIAS	MANHÃ		TARDE		EXTRA		Horas Extras
	Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída	
16	05:00	09:00	11:00	15:00			
17	05:00	09:00	11:00	15:00			
18	05:00	09:00	11:00	15:00			
19	05:00	09:00	11:00	15:00			
20	Feriado						
21	Domingo						
22	05:00	09:00	11:00	15:00			
23	05:00	09:00	11:00	15:00			
24	05:00	09:00	11:00	15:00			
25	05:00	09:00	11:00	15:00			
26	05:00	09:00	11:00	15:00			
27	05:00	09:00	—	—			
28	Domingo						
29	05:00	09:00	11:00	15:00			
30	05:00	09:00	11:00	15:00			
31	—	—	—	—			

Recebi o saldo acima mencionado.

DATA / / .....

Assinatura do Empregado

REGISTRO DE OCORRÊNCIAS:

Nº ORDEM | EMPREGADOR OU RAZÃO SOCIAL

C.N.P.J. | ATIVIDADE ECONÔMICA

EMPREGADO: OLANDIR DE SOUZA

Nº REGISTRO | Nº CTPS | FUNÇÃO

LOCAL DO TRABALHO | 1ª QUINZENA

MÊS: NOVEMBRO | ANO

Hor. de Trab. | ENTRADA | INTERVALO PARA REFEIÇÃO | SAÍDA | REPOUSO SEMANAL

H. Nor. DIAS	MANHÃ		TARDE		EXTRA		Horas Extras
	Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída	
1	05:00	09:00	11:00	15:00			
2	Feriado						
3	05:00	09:00	11:00	15:00			
4	05:00	09:00	11:00	15:00			
5	05:00	09:00	11:00	15:00			
6	05:00	09:00	—	—			
7	Domingo						
8	05:00	09:00	11:00	15:00			
9	05:00	09:00	11:00	15:00			
10	05:00	09:00	11:00	15:00			
11	05:00	09:00	11:00	15:00			
12	05:00	09:00	11:00	15:00			
13	05:00	09:00	—	—			
14	Domingo						
15	Feriado						

"De conformidade com a Portaria Mtb nº 3626/91 de 13/11/91, este Cartão de Ponto, substitui, para todos os efeitos, o Quadro de Horário de Trabalho e Ficha de Horário de Trabalho Externo."

tilibra CÓD. 15019 TIPO RB

	HORAS	A R$	TOTAIS
NORMAIS			R$
EXTRAS			R$
DESC. REMUN.			R$

SOMA R$

INSS R$

I.R. - FONTE (DEDUÇÕES) R$

VALOR I.R. - F R$

R$

TOTAL DOS DESCONTOS R$

SALÁRIO-FAMÍLIA R$

SALDO A RECEBER R$

2ª QUINZENA

H. Nor. DIAS	MANHÃ		TARDE		EXTRA		Horas Extras
	Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída	
16	05:00	09:00	11:00	15:00			
17	05:00	09:00	11:00	15:00			
18	05:00	09:00	11:00	15:00			
19	05:00	09:00	11:00	15:00			
20	Feriado						
21	Domingo						
22	05:00	09:00	11:00	15:00			
23	05:00	09:00	11:00	15:00			
24	05:00	09:00	11:00	15:00			
25	05:00	09:00	11:00	15:00			
26	05:00	09:00	11:00	15:00			
27	05:00	09:00	—	—			
28	Domingo						
29	05:00	09:00	11:00	15:00			
30	09:00	09:00	11:00	15:00			
31	—	—	—	—			

Recebi o saldo acima mencionado

DATA / / Assinatura do Empregado

REGISTRO DE OCORRÊNCIAS:

Nº ORD. | EMPREGADOR OU RAZÃO SOCIAL

C.N.P.J. | ATIVIDADE ECONÔMICA

EMPREGADO JOSÉ RIBAMAR SOUSA

Nº REGISTRO | Nº CTPS | FUNÇÃO

LOCAL DO TRABALHO

MÊS NOVEMBRO | 1ª QUINZENA

ANO

Hor. Trab. | ENTRADA | INTERVALO PARA REFEIÇÃO | SAÍDA | REPOUSO SEMANAL

H. Nor. DIAS	MANHÃ		TARDE		EXTRA		Horas Extras
	Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída	
1	05:00	09:00	11:00	15:00			
2	Feriado						
3	05:00	09:00	11:00	15:00			
4	05:00	09:00	11:00	15:00			
5	05:00	09:00	11:00	15:00			
6	05:00	09:00	—	—			
7	Domingo						
8	05:00	09:00	11:00	15:00			
9	05:00	09:00	11:00	15:00			
10	05:00	09:00	11:00	15:00			
11	05:00	09:00	11:00	15:00			
12	05:00	09:00	11:00	15:00			
13	05:00	09:00	—	—			
14	Domingo						
15	Feriado						

"De conformidade com a Portaria Mtb nº 3626/91 de 13/11/91, este Cartão de Ponto, substitui, para todos os efeitos, o Quadro de Horário de Trabalho e Ficha de Horário de Trabalho Externo."

Ilibra CÓD. 15019 TIPO RB

	HORAS	A R$	TOTAIS
NORMAIS			R$
EXTRAS			R$
DESC. REMUN.			R$

SOMA R$

INSS R$

I.R. - FONTE (DEDUÇÕES) R$

VALOR I.R. - F R$

R$

TOTAL DOS DESCONTOS R$

SALÁRIO-FAMÍLIA R$

SALDO A RECEBER R$

2ª QUINZENA

H. Nor. DIAS	MANHÃ		TARDE		EXTRA		Horas Extras
	Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída	
16	05:00	09:00	11:00	15:00			
17	05:00	09:00	11:00	15:00			
18	05:00	09:00	11:00	15:00			
19	05:00	09:00	11:00	15:00			
20	Feriado						
21	Domingo						
22	05:00	09:00	11:00	15:00			
23	05:00	09:00	11:00	15:00			
24	05:00	09:00	11:00	15:00			
25	05:00	09:00	11:00	15:00			
26	05:00	09:00	11:00	15:00			
27	05:00	09:00	—	—			
28	Domingo						
29	05:00	09:00	11:00	15:00			
30	05:00	09:00	11:00	15:00			
31	—	—	—	—			

Recebi o saldo acima mencionado

DATA / / José Assinatura do Empregado

REGISTRO DE OCORRÊNCIAS:

Nº ORDEM | EMPREGADOR OU RAZÃO SOCIAL

C.N.P.J. | ATIVIDADE ECONÔMICA

EMPREGADO José Arnaldo Silva

Nº REGISTRO | Nº CTPS | FUNÇÃO

LOCAL DO TRABALHO

1ª QUINZENA

MÊS | ANO

Hor. de Trab.	ENTRADA	INTERVALO PARA REFEIÇÃO	SAÍDA	REPOUSO SEMANAL

H. Nor. DIAS	MANHÃ		TARDE		EXTRA		Horas Extras
	Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída	
1	05:00	09:00	11:00	15:00			
2	Feriado						
3	05:00	09:00	11:00	15:00			
4	05:00	09:00	11:00	15:00			
5	05:00	09:00	11:00	15:00			
6	05:00	09:00	—	—			
7	Domingo						
8	05:00	09:00	11:00	15:00			
9	05:00	09:00	11:00	15:00			
10	05:00	09:00	11:00	15:00			
11	05:00	09:00	11:00	15:00			
12	05:00	09:00	11:00	15:00			
13	05:00	09:00	—	—			
14	Domingo						
15	Feriado						

"De conformidade com a Portaria Mtb nº 3626/91 de 13/11/91, este Cartão de Ponto, substitui, para todos os efeitos, o Quadro de Horário de Trabalho e Ficha de Horário de Trabalho Externo."

tilibra CÓD. 15019 TIPO RB

	HORAS	A R$	TOTAIS
NORMAIS			R$
EXTRAS			R$
DESC. REMUN.			R$

SOMA R$

INSS R$

I.R. - FONTE (DEDUÇÕES) R$

VALOR I.R. - F R$

R$

TOTAL DOS DESCONTOS R$

SALÁRIO-FAMÍLIA R$

SALDO A RECEBER R$

2ª QUINZENA

H. Nor. DIAS	MANHÃ Entrada	MANHÃ Saída	TARDE Entrada	TARDE Saída	EXTRA Entrada	EXTRA Saída	Horas Extras
16	05:00	09:00	11:00	15:00			
17	05:00	09:00	11:00	15:00			
18	05:00	09:00	11:00	15:00			
19	05:00	09:00	11:00	15:00			
20	Feriado						
21	Domingo						
22	05:00	09:00	11:00	15:00			
23	05:00	09:00	11:00	15:00			
24	05:00	09:00	11:00	15:00			
25	05:00	09:00	11:00	15:00			
26	05:00	09:00	11:00	15:00			
27	05:00	09:00	—	—			
28	Domingo						
29	05:00	09:00	11:00	15:00			
30	05:00	09:00	11:00	15:00			
31	—	—	—	—			

Recebi o saldo acima mencionado

DATA / / giovana k. cardoso de araújo

Assinatura do Empregado

REGISTRO DE OCORRÊNCIAS:

Nº ORDEM | EMPREGADOR OU RAZÃO SOCIAL

C.N.P.J. | ATIVIDADE ECONÔMICA

EMPREGADO GEOVANA Kazolem C. de Araújo

Nº REGISTRO | Nº CTPS | FUNÇÃO

LOCAL DO TRABALHO | 1ª QUINZENA

MÊS NOVEMBRO | ANO

Hor. de Trab.: ENTRADA | INTERVALO PARA REFEIÇÃO | SAÍDA | REPOUSO SEMANAL

H. Nor. DIAS	MANHÃ Entrada	MANHÃ Saída	TARDE Entrada	TARDE Saída	EXTRA Entrada	EXTRA Saída	Horas Extras
1	05:00	09:00	11:00	15:00			
2	Feriado						
3	05:00	09:00	11:00	15:00			
4	05:00	09:00	11:00	15:00			
5	05:00	09:00	11:00	15:00			
6	05:00	09:00	—	—			
7	Domingo						
8	05:00	09:00	11:00	15:00			
9	05:00	09:00	11:00	15:00			
10	05:00	09:00	11:00	15:00			
11	05:00	09:00	11:00	15:00			
12	05:00	09:00	11:00	15:00			
13	05:00	09:00	—	—			
14	Domingo						
15	Feriado						

"De conformidade com a Portaria Mtb nº 3626/91 de 13/11/91, este Cartão de Ponto, substitui, para todos os efeitos, o Quadro de Horário de Trabalho e Ficha de Horário de Trabalho Externo."

tilibra CÓD. 15019 TIPO RB

	HORAS	A R$	TOTAIS
NORMAIS			R$
EXTRAS			R$
DESC. REMUN.			R$

SOMA R$

INSS R$

I.R. - FONTE (DEDUÇÕES) R$

VALOR I.R. - F R$

R$

TOTAL DOS DESCONTOS R$

SALÁRIO-FAMÍLIA R$

SALDO A RECEBER R$

2ª QUINZENA

H. Nor. DIAS	MANHÃ		TARDE		EXTRA		Horas Extras
	Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída	
16	05:00	09:00	11:00	15:00			
17	05:00	09:00	11:00	15:00			
18	05:00	09:00	11:00	15:00			
19	05:00	09:00	11:00	15:00			
20	Feriado						
21	Domingo						
22	05:00	09:00	11:00	15:00			
23	05:00	09:00	11:00	15:00			
24	05:00	09:00	11:00	15:00			
25	05:00	09:00	11:00	15:00			
26	05:00	09:00	11:00	15:00			
27	05:00	09:00	—	—			
28	Domingo						
29	05:00	09:00	11:00	15:00			
30	05:00	09:00	11:00	15:00			
31	—	—	—	—			

Recebi o saldo acima mencionado

DATA / / Ironeide Pereira

Assinatura do Empregado

REGISTRO DE OCORRÊNCIAS:

Nº ORDEM	EMPREGADOR OU RAZÃO SOCIAL	
C.N.P.J.		ATIVIDADE ECONÔMICA

EMPREGADO Ironeide Pereira

Nº REGISTRO	Nº CTPS	FUNÇÃO

LOCAL DO TRABALHO — 1ª QUINZENA

MÊS Novembro — ANO

Hor. de Trab.	ENTRADA	INTERVALO PARA REFEIÇÃO	SAÍDA	REPOUSO SEMANAL

H. Nor. DIAS	MANHÃ		TARDE		EXTRA	
	Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída
1	05:00	09:00	11:00	15:00		
2	Feriado					
3	05:00	09:00	11:00	15:00		
4	05:00	09:00	11:00	15:00		
5	05:00	09:00	11:00	15:00		
6	05:00	09:00	—	—		
7	Domingo					
8	05:00	09:00	11:00	15:00		
9	05:00	09:00	11:00	15:00		
10	ATESTADO		11:00	15:00		
11	05:00	09:00	11:00	15:00		
12	05:00	09:00	11:00	15:00		
13	05:00	09:00	—	—		
14	Domingo					
15	Feriado					

De conformidade com a Portaria Mtb nº 3626/91 de 13/11/91, este Cartão de Ponto, substitui, para todos os efeitos, o Quadro de Horário de Trabalho e Ficha de Horário de Trabalho Externo.

tilibra CÓD. 15019 TIPO RB

PREFEITURA DE SORRISO **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE SORRISO**

Secretaria de Saude

Atestado

ATESTADO

Atesto para os devidos fins que **IRONEIDE PEREIRA** recebeu atendimento neste serviço no dia **10/11/2021**, e necessita afastamento de suas atividades por **07:00** horas, a partir de **10/11/2021 às 06:39**.

É vedado ao médico ou odontólogo revelar o CID diagnóstico, salvo se autorizado pelo paciente ou responsável legal, conforme art. 73 do código de ética médica.

EMANUELA VANZELLA

CRM: 10635

Emitido em: 10/11/2021

49468

G-MUS – Gestão Municipal da Saúde

Inovadora Sistemas de Gestão LTDA

	HORAS	A R$	TOTAIS
NORMAIS			R$
EXTRAS			R$
DESC. REMUN.			R$

SOMA R$

INSS R$

I.R. - FONTE (DEDUÇÕES) R$

VALOR I.R. - F R$

R$

TOTAL DOS DESCONTOS R$

SALÁRIO-FAMÍLIA R$

SALDO A RECEBER R$

2ª QUINZENA

H. Nor. DIAS	MANHÃ		TARDE		EXTRA		Horas Extras
	Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída	
16	08:00	09:00	11:00	15:00			
17	08:00	09:00	11:00	15:00			
18	08:00	09:00	11:00	15:00			
19	08:00	09:00	11:00	15:00			
20	Feriado						
21	Domingo						
22	08:00	09:00	11:00	15:00			
23	08:00	09:00	11:00	15:00			
24	08:00	09:00	11:00	15:00			
25	08:00	09:00	11:00	15:00			
26	08:00	09:00	11:00	15:00			
27	08:00	09:00	—	—			
28	Domingo						
29	08:00	09:00	11:00	15:00			
30	08:00	09:00	11:00	15:00			
31	—	—	—	—			

Recebi o saldo acima mencionado

DATA / / Jaciane Pereira

Assinatura do Empregado

REGISTRO DE OCORRÊNCIAS:

Nº ORDEM | EMPREGADOR OU RAZÃO SOCIAL

C.N.P.J. | ATIVIDADE ECONÔMICA

EMPREGADO Jaciane Pereira

Nº REGISTRO | Nº CTPS | FUNÇÃO

LOCAL DO TRABALHO

1ª QUINZENA

MÊS Novembro | ANO

Hor. de Trab. | ENTRADA | INTERVALO PARA REFEIÇÃO | SAÍDA | REPOUSO SEMANAL

H. Nor. DIAS	MANHÃ		TARDE		EXTRA		Horas Extras
	Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída	
1	08:00	09:00	11:00	15:00			
2	Feriado						
3	08:00	09:00	11:00	15:00			
4	08:00	09:00	11:00	15:00			
5	ATESTADO						
6	08:00	09:00	—	—			
7	Domingo						
8	08:00	09:00	11:00	15:00			
9	08:00	09:00	11:00	15:00			
10	08:00	09:00	11:00	15:00			
11	08:00	09:00	11:00	15:00			
12	08:00	09:00	11:00	15:00			
13	08:00	09:00	—	—			
14	Domingo						
15	Feriado						

"De conformidade com a Portaria Mtb nº 3626/91 de 13/11/91, este Cartão de Ponto, substitui, para todos os efeitos, o Quadro de Horário de Trabalho e Ficha de Horário de Trabalho Externo."

Tilibra CÓD. 15019 TIPO RB

PREFEITURA DE SORRISO **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE SORRISO**

Secretaria de Saude

Atestado

ATESTADO

Atesto para os devidos fins que **JACIANE PEREIRA** recebeu atendimento neste serviço no dia **05/11/2021**, e necessita afastamento de suas atividades por **1** dias, a partir de **05/11/2021.**

É vedado ao médico ou odontólogo revelar o CID diagnóstico, salvo se autorizado pelo paciente ou responsável legal, conforme art. 73 do código de ética médica.

Diagnóstico: R101

Autorizo a divulgação do diagnóstico (CID)

JACIANE PEREIRA
ou responsável legal.

Dr. Sanrley Negreiros da Silva
Médico
CRM MT 8750

SANRLEY NEGREIROS DA SILVA

CRM: 8750

Emitido em: 05/11/2021

49036

G-MUS – Gestão Municipal da Saúde

Inovadora Sistemas de Gestão LTDA

Nº ORDEM	EMPREGADOR OU RAZÃO SOCIAL	
C.N.P.J.		ATIVIDADE ECONÔMICA
EMPREGADO	Zélia Costa	
Nº REGISTRO	Nº CTPS	FUNÇÃO
LOCAL DO TRABALHO		1ª QUINZENA
MÊS	NOVEMBRO	ANO

Hor. de Trab.	ENTRADA	INTERVALO PARA REFEIÇÃO	SAÍDA	REPOUSO SEMANAL

H. Nor. DIAS	MANHÃ		TARDE		EXTRA		Horas Extras
	Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída	
1	05:00	09:00	11:00	15:00			
2	Feriado						
3	05:00	09:00	11:00	15:00			
4	05:00	09:00	11:00	15:00			
5	05:00	09:00	11:00	15:00			
6	05:00	09:00	—	—			
7	Domingo						
8	05:00	09:00	11:00	15:00			
9	05:00	09:00	11:00	15:00			
10	05:00	09:00	11:00	15:00			
11	05:00	09:00	11:00	15:00			
12	05:00	09:00	11:00	15:00			
13	05:00	09:00	—	—			
14	Domingo						
15	Feriado						

"De conformidade com a Portaria Mtb nº 3626/91 de 13/11/91, este Cartão de Ponto, substitui, para todos os efeitos, o Quadro de Horário de Trabalho e Ficha de Horário de Trabalho Externo."

tilibra CÓD. 15019 TIPO RB

	HORAS	A R$	TOTAIS
NORMAIS			R$
EXTRAS			R$
DESC. REMUN.			R$

2ª QUINZENA

SOMA	R$
INSS	R$
I.R. - FONTE (DEDUÇÕES)	R$
VALOR I.R. - F	R$
	R$
TOTAL DOS DESCONTOS	R$
SALÁRIO-FAMÍLIA	R$
SALDO A RECEBER	R$

H. Nor. DIAS	MANHÃ		TARDE		EXTRA		Horas Extras
	Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída	
16	05:00	09:00	11:00	15:00			
17	05:00	09:00	11:00	15:00			
18	05:00	09:00	11:00	15:00			
19	05:00	09:00	11:00	15:00			
20	Feriado		—				
21	Domingo		—				
22	05:00	09:00	11:00	15:00			
23	05:00	09:00	11:00	15:00			
24	05:00	09:00	11:00	15:00			
25	05:00	09:00	11:00	15:00			
26	05:00	09:00	11:00	15:00			
27	05:00	09:00	11:00	15:00			
28	Domingo						
29	05:00	09:00	11:00	15:00			
30	05:00	09:00	11:00	15:00			
31	—	—	—	—			

Recebi o saldo acima mencionado

DATA / / Zélia
Assinatura do Empregado

REGISTRO DE OCORRÊNCIAS:

	HORAS	A R$	TOTAIS
NORMAIS			R$
EXTRAS			R$
DESC. REMUN.			R$

SOMA R$

INSS R$

I.R. - FONTE (DEDUÇÕES) R$

VALOR I.R. - F R$

TOTAL DOS DESCONTOS R$

SALÁRIO-FAMÍLIA R$

SALDO A RECEBER R$

2ª QUINZENA

H. Nor. DIAS	MANHÃ		TARDE		EXTRA		Horas Extras
	Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída	
16	ATESTADO		11:00	15:00			
17	09:00	09:00	11:00	15:00			
18	05:00	09:00	11:00	15:00			
19	05:00	09:00	11:00	15:00			
20	Feriado						
21	Domingo						
22	05:00	09:00	11:00	15:00			
23	05:00	09:00	11:00	15:00			
24	05:00	09:00	11:00	15:00			
25	05:00	09:00	11:00	15:00			
26	05:00	09:00	11:00	15:00			
27	05:00	09:00	—	—			
28	Domingo						
29	05:00	09:00	11:00	15:00			
30	05:00	09:00	11:00	15:00			
31	—	—	—	—			

Recebi o saldo acima mencionado

DATA / /

Assinatura do Empregado

REGISTRO DE OCORRÊNCIAS:

Nº ORDEM | EMPREGADOR OU RAZÃO SOCIAL

C.N.P.J. | ATIVIDADE ECONÔMICA

EMPREGADO Sara Mota Costa

Nº REGISTRO | Nº CTPS | FUNÇÃO

LOCAL DO TRABALHO

1ª QUINZENA

MÊS NOVEMBRO | ANO

Hor. de Trab.	ENTRADA	INTERVALO PARA REFEIÇÃO	SAÍDA	REPOUSO SEMANAL

H. Nor. DIAS	MANHÃ		TARDE		EXTRA		Horas Extras
	Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída	
1	05:00	09:00	11:00	15:00			
2	Feriado						
3	05:00	09:00	11:00	15:00			
4	05:00	09:00	11:00	15:00			
5	05:00	09:00	11:00	15:00			
6	05:00	09:00	—	—			
7	Domingo						
8	05:00	09:00	11:00	15:00			
9	05:00	09:00	11:00	15:00			
10	05:00	09:00	11:00	15:00			
11	05:00	09:00	11:00	15:00			
12	05:00	09:00	11:00	15:00			
13	05:00	09:00	—	—			
14	Domingo						
15	Feriado						

"De conformidade com a Portaria Mtb nº 3626/91 de 13/11/91, este Cartão de Ponto, substitui, para todos os efeitos, o Quadro de Horário de Trabalho e Ficha de Horário de Trabalho Externo."

tilibra CÓD. 15019 TIPO RB

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE SORRISO

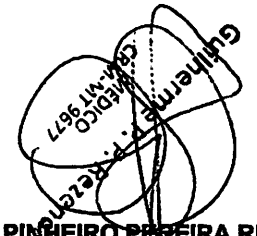
Secretaria de Saude

Atestado

ATESTADO

Atesto para os devidos fins que **SARA MOTA COSTA** recebeu atendimento neste serviço no dia **16/11/2021**, e necessita afastamento de suas atividades por **02:00** horas, a partir de **16/11/2021 às 09:43.**

É vedado ao médico ou odontólogo revelar o CID diagnóstico, salvo se autorizado pelo paciente ou responsável legal, conforme art. 73 do código de ética médica.



GUILHERME PINHEIRO PEREIRA REZENDE

CRM: 9677

Emitido em: 16/11/2021

49855

	HORAS	A R$	TOTAIS
NORMAIS			R$
EXTRAS			R$
DESC. REMUN.			R$

SOMA R$

INSS R$

I.R. - FONTE (DEDUÇÕES) R$

VALOR I.R. - F R$

R$

TOTAL DOS DESCONTOS R$

SALÁRIO-FAMÍLIA R$

SALDO A RECEBER R$

2ª QUINZENA

H. Nor. DIAS	MANHÃ		TARDE		EXTRA		Horas Extras
	Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída	
16	05:00	09:00	11:00	15:00			
17	05:00	09:00	11:00	15:00			
18	05:00	09:00	11:00	15:00			
19	05:00	09:00	11:00	15:00			
20	FERIADO						
21	DOMINGO						
22	05:00	09:00	11:00	15:00			
23	05:00	09:00	11:00	15:00			
24	05:00	09:00	11:00	15:00			
25	05:00	09:00	11:00	15:00			
26	05:00	09:00	11:00	15:00			
27	05:00	09:00	—	—			
28	DOMINGO						
29	05:00	09:00	11:00	15:00			
30	05:00	09:00	11:00	15:00			
31	—	—	—	—			

Recebi o saldo acima mencionado

DATA / / Março 2020

Assinatura do Empregado

REGISTRO DE OCORRÊNCIAS:

Nº ORDEM | EMPREGADOR OU RAZÃO SOCIAL

C.N.P.J. | ATIVIDADE ECONÔMICA

EMPREGADO Maria José de Oliveira José

Nº REGISTRO | Nº CTPS | FUNÇÃO

LOCAL DO TRABALHO

1ª QUINZENA

MÊS NOVEMBRO | ANO

Hor. de Trab. | ENTRADA | INTERVALO PARA REFEIÇÃO | SAÍDA | REPOUSO SEMANAL

H. Nor. DIAS	MANHÃ		TARDE		EXTRA	
	Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída
1	05:00	09:00	11:00	15:00		
2	FERIADO					
3	05:00	09:00	11:00	15:00		
4	05:00	09:00	11:00	15:00		
5	05:00	09:00	11:00	15:00		
6	05:00	09:00	—	—		
7	DOMINGO					
8	05:00	09:00	11:00	15:00		
9	05:00	09:00	11:00	15:00		
10	05:00	09:00	11:00	15:00		
11	05:00	09:00	11:00	15:00		
12	05:00	09:00	11:00	15:00		
13	05:00	09:00	—	—		
14	DOMINGO					
15	FERIADO					

"De conformidade com a Portaria Mtb nº 3626/91 de 13/11/91, este Cartão de Ponto, substitui, para todos os efeitos, o Quadro de Horário de Trabalho e Ficha de Horário de Trabalho Externo."

tilibra CÓD. 15019 TIPO RB

	HORAS	A R$	TOTAIS
NORMAIS			R$
EXTRAS			R$
DESC. REMUN.			R$

SOMA R$

INSS R$

I.R. - FONTE (DEDUÇÕES) R$

VALOR I.R. - F R$

R$

TOTAL DOS DESCONTOS R$

SALÁRIO-FAMÍLIA R$

SALDO A RECEBER R$

2ª QUINZENA

H. Nor. DIAS	MANHÃ		TARDE		EXTRA		Horas Extras
	Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída	
16	05:00	09:00	11:00	15:00			
17	05:00	09:00	FALTA				
18	05:00	09:00	11:00	15:00			
19	05:00	09:00	11:00	15:00			
20	FERIADO						
21	DOMINGO						
22	05:00	09:00	11:00	15:00			
23	05:00	09:00	11:00	15:00			
24	FALTA		11:00	15:00			
25	05:00	09:00	11:00	15:00			
26	05:00	09:00	11:00	15:00			
27	FALTA		—	—			
28	DOMINGO						
29	FALTA		FALTA				
30	05:00	09:00	11:00	15:00			
31	—	—	—	—			

Recebi o saldo acima mencionado

DATA / / Maria da Graça Forte

Assinatura do Empregado

REGISTRO DE OCORRÊNCIAS: neta.

Nº ORDEM | EMPREGADOR OU RAZÃO SOCIAL

C.N.P.J. | ATIVIDADE ECONÔMICA

EMPREGADO: MARIA DA GRAÇAS FORTE

Nº REGISTRO | Nº CTPS | FUNÇÃO

LOCAL DO TRABALHO | 1ª QUINZENA

MÊS: NOVEMBRO | ANO

Hor. de Trab.: ENTRADA | INTERVALO PARA REFEIÇÃO | SAÍDA | REPOUSO SEMANAL

H. Nor. DIAS	MANHÃ		TARDE		EXTRA	
	Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída
1	05:00	09:00	FALTA			
2	FERIADO					
3	05:00	09:00	11:00	15:00		
4	05:00	09:00	11:00	15:00		
5	05:00	09:00	11:00	15:00		
6	05:00	09:00	—	—		
7	DOMINGO					
8	FALTA		11:00	15:00		
9	05:00	09:00	11:00	15:00		
10	05:00	09:00	11:00	15:00		
11	05:00	09:00	11:00	15:00		
12	05:00	09:00	11:00	15:00		
13	05:00	09:00	—	—		
14	DOMINGO					
15	FERIADO					

"De conformidade com a Portaria Mtb nº 3626/91 de 13/11/91, este Cartão de Ponto, substitui, para todos os efeitos, o Quadro de Horário de Trabalho e Ficha de Horário de Trabalho Externo."

CÓD. 15019 TIPO RB

	HORAS	A R$	TOTAIS
NORMAIS			R$
EXTRAS			R$
DESC. REMUN.			R$

SOMA R$

INSS ..... R$

I.R. - FONTE (DEDUÇÕES) ..... R$

VALOR I.R. - F ..... R$

..... R$

TOTAL DOS DESCONTOS ..... R$

SALÁRIO-FAMÍLIA ..... R$

SALDO A RECEBER ..... R$

2ª QUINZENA

H. Nor. DIAS	MANHÃ		TARDE		EXTRA		Horas Extras
	Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída	
16	05:00	09:00	11:00	15:00			
17	05:00	09:00	11:00	15:00			
18	05:00	09:00	11:00	15:00			
19	05:00	09:00	11:00	15:00			
20	FERIADO						
21	DOMINGO						
22	05:00	09:00	11:00	15:00			
23	05:00	09:00	11:00	15:00			
24	05:00	09:00	11:00	15:00			
25	05:00	09:00	11:00	15:00			
26	05:00	09:00	11:00	15:00			
27	05:00	09:00	—	—			
28	DOMINGO						
29	05:00	09:00	11:00	15:00			
30	05:00	09:00	11:00	15:00			
31	—	—	—	—			

Recebi o saldo acima mencionado

DATA / / ..... Assinatura do Empregado

REGISTRO DE OCORRÊNCIAS:

Nº ORDEM | EMPREGADOR OU RAZÃO SOCIAL

C.N.P.J. | ATIVIDADE ECONÔMICA

EMPREGADO: LUIZ ROBERTO ALVES de OLIVEIRA

Nº REGISTRO | Nº CTPS | FUNÇÃO

LOCAL DO TRABALHO | 1ª QUINZENA

MÊS: NOVEMBRO | ANO

Hor. de Trab. | ENTRADA | INTERVALO PARA REFEIÇÃO | SAÍDA | REPOUSO SEMANAL

H. Nor. DIAS	MANHÃ		TARDE		EXTRA		Horas Extras
	Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída	
1	05:00	09:00	11:00	15:00			
2	FERIADO						
3	05:00	09:00	11:00	15:00			
4	05:00	09:00	11:00	15:00			
5	05:00	09:00	11:00	15:00			
6	05:00	09:00	—	—			
7	DOMINGO						
8	05:00	09:00	11:00	15:00			
9	05:00	09:00	11:00	15:00			
10	05:00	09:00	11:00	15:00			
11	05:00	09:00	11:00	15:00			
12	05:00	09:00	11:00	15:00			
13	05:00	09:00	—	—			
14	DOMINGO						
15	FERIADO						

"De conformidade com a Portaria Mtb nº 3626/91 de 13/11/91, este Cartão de Ponto, substitui, para todos os efeitos, o Quadro de Horário de Trabalho e Ficha de Horário de Trabalho Externo."

tilibra CÓD. 15019 TIPO RB

	HORAS	A R$	TOTAIS
NORMAIS			R$
EXTRAS			R$
DESC. REMUN.			R$

SOMA R$

INSS R$

I.R. - FONTE (DEDUÇÕES) R$

VALOR I.R. - F R$

R$

TOTAL DOS DESCONTOS R$

SALÁRIO-FAMÍLIA R$

SALDO A RECEBER R$

2ª QUINZENA

H. Nor. DIAS	MANHÃ		TARDE		EXTRA		Horas Extras
	Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída	
16	05:00	09:00	11:00	15:00			
17	05:00	09:00	11:00	15:00			
18	05:00	09:00	11:00	15:00			
19	05:00	09:00	11:00	15:00			
20	Feriado						
21	Domingo						
22	05:00	09:00	11:00	15:00			
23	ATESTADO						
24	ATESTADO						
25	ATESTADO						
26	05:00	09:00	11:00	15:00			
27	05:00	09:00	11:00	15:00			
28	Domingo						
29	05:00	09:00	11:00	15:00			
30	05:00	09:00	11:00	15:00			
31	—	—	—	—			

Recebi o saldo acima mencionado

DATA / / Ambar Barr 09

Assinatura do empregado

REGISTRO DE OCORRÊNCIAS:

Nº ORDEM | EMPREGADOR OU RAZÃO SOCIAL

C.N.P.J. | ATIVIDADE ECONÔMICA

EMPREGADO AMBAR NATHALY B. GAETANO

Nº REGISTRO | Nº CTPS | FUNÇÃO

LOCAL DO TRABALHO | 1ª QUINZENA

MÊS NOVEMBRO | ANO

Hor. de Trab. | ENTRADA | INTERVALO PARA REFEIÇÃO | SAÍDA | REPOUSO SEMANAL

H. Nor. DIAS	MANHÃ		TARDE		EXTRA	
	Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída
1	05:00	09:00	11:00	15:00		
2	Feriado					
3	05:00	09:00	11:00	15:00		
4	05:00	09:00	11:00	15:00		
5	05:00	09:00	11:00	15:00		
6	05:00	09:00	—	—		
7	Domingo					
8	05:00	09:00	11:00	15:00		
9	05:00	09:00	11:00	15:00		
10	05:00	09:00	11:00	15:00		
11	05:00	09:00	11:00	15:00		
12	05:00	09:00	11:00	15:00		
13	05:00	09:00	—	—		
14	Domingo					
15	Feriado					

"De conformidade com a Portaria Mtb nº 3626/91 de 13/11/91, este Cartão de Ponto, substitui, para todos os efeitos, o Quadro de Horário de Trabalho e Ficha de Horário de Trabalho Externo."

tilibra CÓD. 15019 TIPO RB

SUS - Sistema Único de Saúde

Prefeitura Municipal de Sorriso

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

ATESTADO

Atesto para os devidos fins, a pedido que o(a) Sr(a) _____

Amber N Bueno Caetano

Ident., ou Registro

Foi atendido (a) Servid

do Ambulato. Clínica ou Serviço

Hospital ou Ambulatório

do dia 23 / 11 / 21, *das* 07:00 *horas às* _____ *horas. Necessitando de* _____

(03 Dias) *dias de repouso, por motivo de doença.*

por-Extenso

CID (N94-5)

p _____

Assinatura do Paciente ou Responsável

p/ São Jorge 23/11/21

Local e Data

Raul [illegible] Garcia
Especialista em Medicina
Geral Integral
CRM/MT 9531-MT

Assinatura do Médico / Odontólogo
(Carimbo Contendo Nome Completo e Registro CRM/CRO)

NOTA - ESTE ATESTADO É VALIDO PARA FINALIDADES PREVISTAS NO **ART. 27 DE CLPS**, APROVADA PELO **DECRETO Nº 89.312 DE 23/01/84, E RESOLUÇÃO CFM-1190/84** E SERÁ EXIBIDO PARA JUSTIFICATIVA DE 1 A 15 DIAS DE AFASTAMENTO DO TRABALHO

	HORAS	A R$	TOTAIS
NORMAIS			R$
EXTRAS			R$
DESC. REMUN.			R$

SOMA R$

INSS R$

I.R. - FONTE (DEDUÇÕES) R$

VALOR I.R. - F R$

R$

TOTAL DOS DESCONTOS R$

SALÁRIO-FAMÍLIA R$

SALDO A RECEBER R$

2ª QUINZENA

H. Nor. DIAS	MANHÃ		TARDE		EXTRA		Horas Extras
	Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída	
16	05:00	09:00	11:00	15:00			
17	05:00	09:00	11:00	15:00			
18	05:00	09:00	11:00	15:00			
19	05:00	09:00	11:00	15:00			
20	Feriado						
21	Domingo						
22	05:00	09:00	11:00	15:00			
23	05:00	09:00	11:00	15:00			
24	05:00	09:00	11:00	15:00			
25	05:00	09:00	11:00	15:00			
26	05:00	09:00	11:00	15:00			
27	05:00	09:00	—	—			
28	Domingo						
29	05:00	09:00	11:00	15:00			
30	05:00	09:00	11:00	15:00			
31	—	—	—	—			

Recebi o saldo acima mencionado

DATA / /

Assinatura do Empregado

REGISTRO DE OCORRÊNCIAS

Nº ORDEM | EMPREGADOR OU RAZÃO SOCIAL

C.N.P.J. | ATIVIDADE ECONÔMICA

EMPREGADO Luiz Monteiro Sobral

Nº REGISTRO | Nº CTPS | FUNÇÃO

LOCAL DO TRABALHO | 1ª QUINZENA

MÊS | ANO

Hor. de Trab.	ENTRADA	INTERVALO PARA REFEIÇÃO	SAÍDA	REPOUSO SEMANAL

H. Nor. DIAS	MANHÃ		TARDE		EXTRA		Horas Extras
	Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída	
1	05:00	09:00	11:00	15:00			
2	Feriado						
3	05:00	09:00	11:00	15:00			
4	05:00	09:00	11:00	15:00			
5	05:00	09:00	11:00	15:00			
6	05:00	09:00	—	—			
7	Domingo						
8	05:00	09:00	11:00	15:00			
9	05:00	09:00	11:00	15:00			
10	05:00	09:00	11:00	15:00			
11	05:00	09:00	11:00	15:00			
12	05:00	09:00	11:00	15:00			
13	05:00	09:00	—	—			
14	Domingo						
15	Feriado						

"De conformidade com a Portaria Mtb nº 3626/91 de 13/11/91, este Cartão de Ponto, substitui, para todos os efeitos, o Quadro de Horário de Trabalho e Ficha de Horário de Trabalho Externo."

tilibra CÓD. 15019 TIPO RB

Nº	EMPREGADOR OU RAZÃO SOCIAL
C.N.P.J.	ATIVIDADE ECONÔMICA

EMPREGADO: LUCIENE DA SILVA NASCIMENTO

Nº REGISTRO	Nº CTPS	FUNÇÃO

LOCAL DO TRABALHO — 1ª QUINZENA

MÊS: NOVEMBRO — ANO

Hor. de Trab.	ENTRADA	INTERVALO PARA REFEIÇÃO	SAÍDA	REPOUSO SEMANAL

H. Nor. DIAS	MANHÃ		TARDE		EXTRA		Horas Extras
	Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída	
1	FALTA		11:00	15:00			
2	Feriado						
3	ATESTADO		11:00	15:00			
4	05:00	09:00	11:00	15:00			
5	05:00	09:00	11:00	15:00			
6	05:00	09:00	—	—			
7	Domingo						
8	05:00	09:00	11:00	15:00			
9	05:00	09:00	11:00	15:00			
10	05:00	09:00	11:00	15:00			
11	05:00	09:00	11:00	15:00			
12	05:00	09:00	FALTA				
13	05:00	09:00	—	—			
14	Domingo						
15	Feriado						

"De conformidade com a Portaria Mtb nº 3626/91 de 13/11/91, este Cartão de Ponto, substitui, para todos os efeitos, o Quadro de Horário de Trabalho e Ficha de Horário de Trabalho Externo."

tilibra CÓD. 15019 TIPO RB

2ª QUINZENA

	HORAS	A R$	TOTAIS
NORMAIS			R$
EXTRAS			R$
DESC. REMUN.			R$

SOMA R$

INSS R$

I.R. - FONTE (DEDUÇÕES) R$

VALOR I.R. - F R$

R$

TOTAL DOS DESCONTOS R$

SALÁRIO-FAMÍLIA R$

SALDO A RECEBER R$

H. Nor. DIAS	MANHÃ		TARDE		EXTRA		Horas Extras
	Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída	
16	05:00	09:00	11:00	15:00			
17	05:00	09:00	11:00	15:00			
18	05:00	09:00	11:00	15:00			
19	05:00	09:00	11:00	15:00			
20	Feriado						
21	Domingo						
22	05:00	09:00	11:00	15:00			
23	05:00	09:00	11:00	15:00			
24	05:00	09:00	11:00	15:00			
25	05:00	09:00	11:00	15:00			
26	05:00	09:00	11:00	15:00			
27	05:00	09:00	—	—			
28	Domingo						
29	05:00	09:00	11:00	15:00			
30	05:00	09:00	11:00	15:00			
31	—	—	—	—			

Recebi o saldo acima mencionado

DATA / /

Luciene da Silva

Assinatura do Empregado

REGISTRO DE OCORRÊNCIAS:

Prefeitura Municipal de SORRISO - MT
Secretaria Municipal de Saúde
UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA FRATERNIDADE

DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO

Declaro que **LUCIENE DA SILVA NASCIMENTO**, filho de JOSILENE SOUSA DA SILVA, nascido em 08/12/1997, esteve em atendimento neste serviço no dia **03/11/2021** das **07:00:00** Hrs as **11:00:00** Hrs

Dr. Sanrley N. da Silva
Médico
CRM/MT 8750

Assinado eletronicamente por: **SANRLEY NEGREIROS DA SILVA**

CRM: 8750

Emitido em: 03/11/2021

Chave para validação: DD8C089C40

12956

G-MUS – Gestão Municipal da Saúde

Inovadora Sistemas de Gestão LTDA

	HORAS	A R$	TOTAIS
NORMAIS			R$
EXTRAS			R$
DESC. REMUN.			R$

SOMA R$

INSS R$

I.R. - FONTE (DEDUÇÕES) R$

VALOR I.R. - F R$

TOTAL DOS DESCONTOS R$

SALÁRIO-FAMÍLIA R$

SALDO A RECEBER R$

2ª QUINZENA

H. Nor. DIAS	MANHÃ Entrada	MANHÃ Saída	TARDE Entrada	TARDE Saída	EXTRA Entrada	EXTRA Saída	Horas Extras
16	05:00	09:00	11:00	15:00			
17	05:00	09:00	11:00	15:00			
18	05:00	09:00	11:00	15:00			
19	05:00	09:00	11:00	15:00			
20	FERIADO						
21	DOMINGO						
22	05:00	09:00	11:00	15:00			
23	05:00	09:00	11:00	15:00			
24	05:00	09:00	11:00	15:00			
25	05:00	09:00	11:00	15:00			
26	05:00	09:00	11:00	15:00			
27	05:00	09:00	—	—			
28	DOMINGO						
29	05:00	09:00	11:00	15:00			
30	05:00	09:00	11:00	15:00			
31	—	—	—	—			

Recebi o saldo acima mencionado

DATA / / Assinatura do Empregado

REGISTRO DE OCORRÊNCIAS:

Nº ORDEM | EMPREGADOR OU RAZÃO SOCIAL

C.N.P.J. | ATIVIDADE ECONÔMICA

EMPREGADO: ENDMAR ALVES DA SILVA

Nº REGISTRO | Nº CTPS | FUNÇÃO

LOCAL DO TRABALHO

1ª QUINZENA

MÊS: NOVEMBRO | ANO

Hor. de Trab.: ENTRADA | INTERVALO PARA REFEIÇÃO | SAÍDA | REPOUSO SEMANAL

H. Nor. DIAS	MANHÃ Entrada	MANHÃ Saída	TARDE Entrada	TARDE Saída	EXTRA Entrada	EXTRA Saída	Horas Extras
1	05:00	09:00	11:00	15:00			
2	FERIADO						
3	05:00	09:00	11:00	15:00			
4	05:00	09:00	11:00	15:00			
5	05:00	09:00	11:00	15:00			
6	05:00	09:00	—	—			
7	DOMINGO						
8	05:00	09:00	11:00	15:00			
9	05:00	09:00	11:00	15:00			
10	05:00	09:00	11:00	15:00			
11	05:00	09:00	11:00	15:00			
12	05:00	09:00	11:00	15:00			
13	05:00	09:00	—	—			
14	DOMINGO						
15	FERIADO						

"De conformidade com a Portaria Mtb nº 3626/91 de 13/11/91, este Cartão de Ponto, substitui, para todos os efeitos, o Quadro de Horário de Trabalho e Ficha de Horário de Trabalho Externo."

tilibra CÓD. 15019 TIPO RB

	HORAS	A R$	TOTAIS
NORMAIS			R$
EXTRAS			R$
DESC. REMUN.			R$

SOMA R$

INSS R$

I.R. - FONTE (DEDUÇÕES) R$

VALOR I.R. - F R$

R$

TOTAL DOS DESCONTOS R$

SALÁRIO-FAMÍLIA R$

SALDO A RECEBER R$

2ª QUINZENA

H. Nor. DIAS	MANHÃ		TARDE		EXTRA		Horas Extras
	Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída	
16	05:00	09:00	11:00	15:00			
17	05:00	09:00	11:00	15:00			
18	05:00	09:00	11:00	15:00			
19	05:00	09:00	11:00	15:00			
20	FERIADO						
21	DOMINGO						
22	05:00	09:00	11:00	15:00			
23	05:00	09:00	11:00	15:00			
24	05:00	09:00	11:00	15:00			
25	05:00	09:00	11:00	15:00			
26	05:00	09:00	11:00	15:00			
27	05:00	09:00	—	—			
28	DOMINGO						
29	05:00	09:00	11:00	15:00			
30	05:00	09:00	11:00	15:00			
31	—	—	—	—			

Recebi o saldo acima mencionado

DATA / /

Assinatura do Empregado

REGISTRO DE OCORRÊNCIAS:

Nº ORDEM | EMPREGADOR OU RAZÃO SOCIAL

C.N.P.J. | ATIVIDADE ECONÔMICA

EMPREGADO RONI LAZDEL SILVA

Nº REGISTRO | Nº CTPS | FUNÇÃO

LOCAL DO TRABALHO

1ª QUINZENA

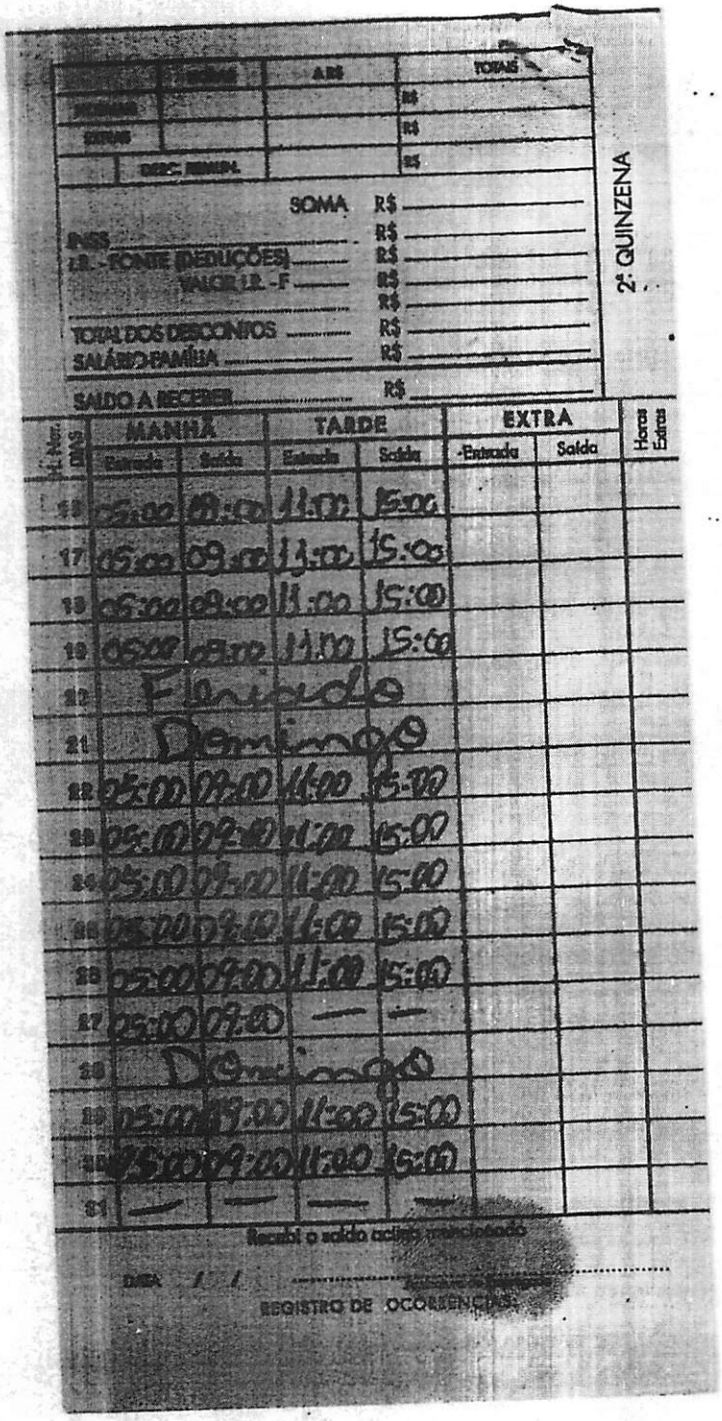
MÊS NOVEMBRO | ANO

Hor. de Trab. | ENTRADA | INTERVALO PARA REFEIÇÃO | SAÍDA | REPOUSO

H. Nor. DIAS	MANHÃ		TARDE		EXTRA	
	Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída
1						
2						
3						
4						
5						
6	05:00	09:00	—	—		
7	DOMINGO					
8	05:00	09:00	11:00	15:00		
9	05:00	09:00	11:00	15:00		
10	05:00	09:00	11:00	15:00		
11	05:00	09:00	11:00	15:00		
12	05:00	09:00	11:00	15:00		
13	05:00	09:00	—	—		
14	DOMINGO					
15	FERIADO					

De conformidade com a Portaria Mtb nº 3626/91 de 13/11/91, este Cartão de Ponto, substitui, para todos os efeitos, o Quadro de Horário de Trabalho e Ficha de Horário de Trabalho Externo.

tilibra CÓD. 15019 TIPO RB



		ABS	TOTAIS
			R$
			R$
	DESC. REMUNER.		R$

SOMA R$

INSS R$

I.R. - FONTE (DEDUÇÕES) R$

VALOR I.R. - F R$

TOTAL DOS DESCONTOS R$

SALÁRIO-FAMÍLIA R$

SALDO A RECEBER R$

2ª QUINZENA

Hor. Nor. DIAS	MANHÃ		TARDE		EXTRA		Horas Extras
	Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída	
16	05:00	09:00	11:00	15:00			
17	05:00	09:00	11:00	15:00			
18	05:00	09:00	11:00	15:00			
19	05:00	09:00	11:00	15:00			
20	Feriado						
21	Domingo						
22	05:00	09:00	11:00	15:00			
23	05:00	09:00	11:00	15:00			
24	05:00	09:00	11:00	15:00			
25	05:00	09:00	11:00	15:00			
26	05:00	09:00	11:00	15:00			
27	05:00	09:00	—	—			
28	Domingo						
29	05:00	09:00	11:00	15:00			
30	05:00	09:00	11:00	15:00			
31	—	—	—	—			

Recebi o saldo acima mencionado

DATA / /

REGISTRO DE OCORRÊNCIAS

Nº ORDEM | EMPREGADOR OU RAZÃO SOCIAL

C.N.P.J. | ATIVIDADE ECONÔMICA

EMPREGADO Maria José Pinheiro

Nº REGISTRO | Nº CTPS | FUNÇÃO

LOCAL DO TRABALHO | 1ª QUINZENA

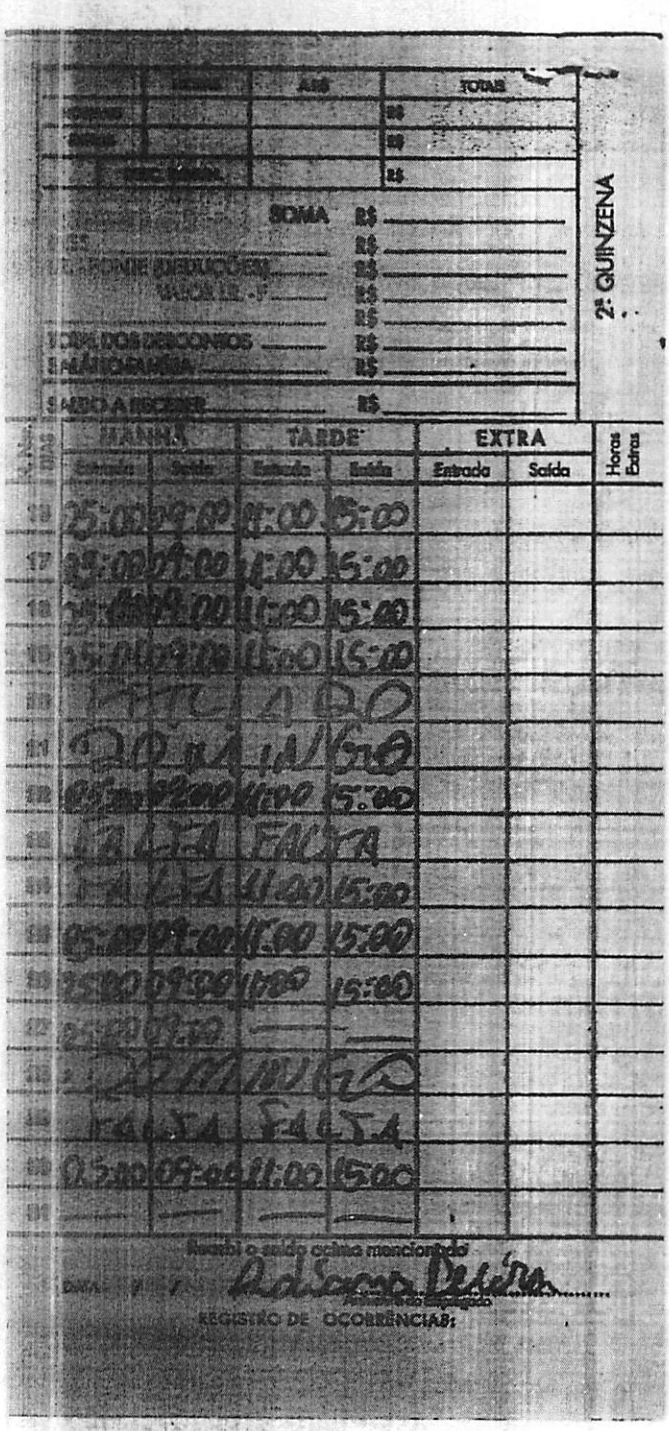
MÊS NOVEMBRO | ANO

Hor. de Trab. | ENTRADA | INTERVALO PARA REFEIÇÃO | SAÍDA | REPOUSO SEMANAL

H. Nor. DIAS	MANHÃ		TARDE		EXTRA
	Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada
1	05:00	09:00	11:00	15:00	
2	Feriado				
3	05:00	09:00	11:00	15:00	
4	05:00	09:00	11:00	15:00	
5	05:00	09:00	11:00	15:00	
6	05:00	09:00	—	—	
7	Domingo				
8	05:00	09:00	11:00	15:00	
9	05:00	09:00	11:00	15:00	
10	05:00	09:00	11:00	15:00	
11	05:00	09:00	11:00	15:00	
12	05:00	09:00	11:00	15:00	
13	05:00	09:00	—	—	
14	Domingo				
15	Feriado				

"De conformidade com a Portaria MB nº 1510/01 de 19/11/01, este Cartão Ponto, substitui, para todos os efeitos, o Quadro de Horário de Trabalho e Ficha de Horário de Trabalho Externo."

Ed. Livro | CÓD. 15019 TIPO 8B



			TOTAIS
			R$
			R$
			R$
		SOMA	R$
			R$
			R$
			R$
			R$
			R$
			R$

2ª QUINZENA

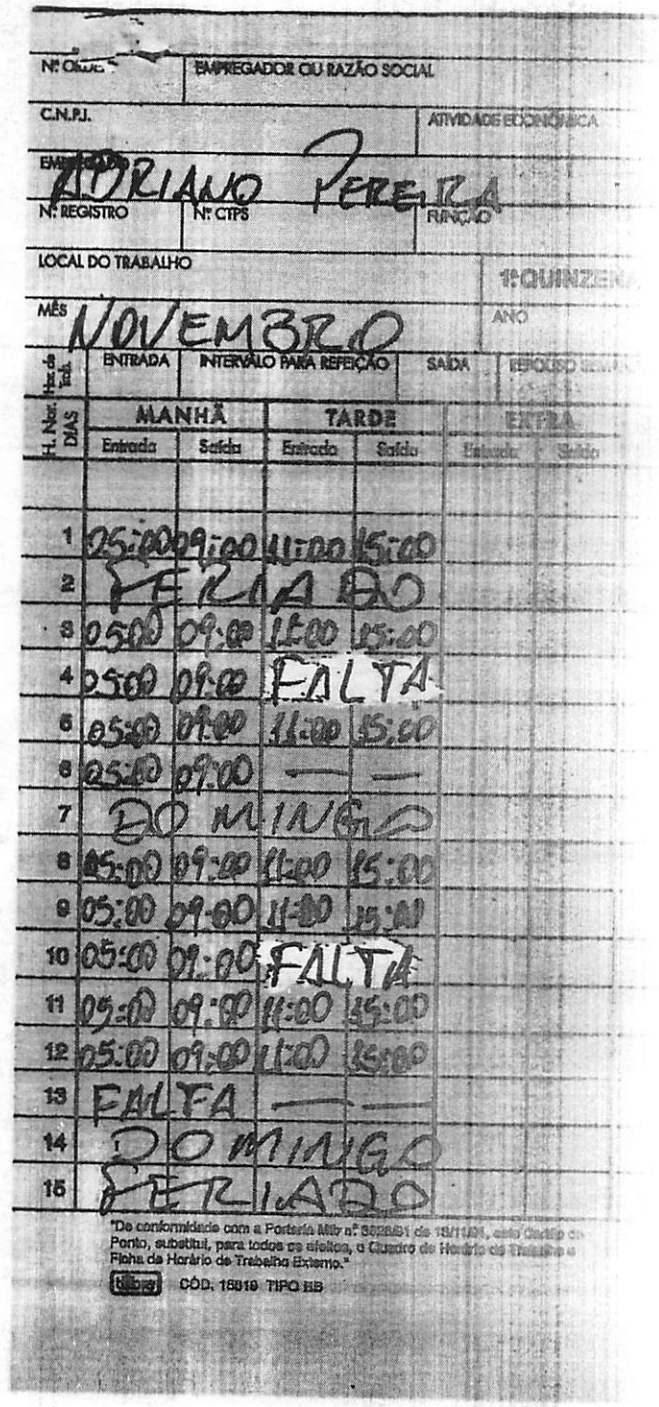
DIAS	MANHÃ		TARDE		EXTRA		Horas Extras
	Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída	
16	25:00	09:00	11:00	15:00			
17	05:00	09:00	11:00	15:00			
18	05:00	09:00	11:00	15:00			
19	05:00	09:00	11:00	15:00			
20	FERIADO						
21	DOMINGO						
22	05:00	09:00	11:00	15:00			
23	FALTA		FALTA				
24	FALTA		11:00	15:00			
25	05:00	09:00	11:00	15:00			
26	05:00	09:00	11:00	15:00			
27	05:00	09:00	—	—			
28	DOMINGO						
29	FALTA		FALTA				
30	05:00	09:00	11:00	15:00			
31	—	—	—	—			

Recebi o saldo acima mencionado

DATA: / /

ASSINATURA DO EMPREGADO

REGISTRO DE OCORRÊNCIAS:



Nº CTPS | EMPREGADOR OU RAZÃO SOCIAL

C.N.P.J. | ATIVIDADE ECONÔMICA

EMPREGADO: ADRIANO PEREIRA

Nº REGISTRO | Nº CTPS | FUNÇÃO

LOCAL DO TRABALHO | 1ª QUINZENA

MÊS: NOVEMBRO | ANO

H. Nor. / Hs. e Tol. | ENTRADA | INTERVALO PARA REFEIÇÃO | SAÍDA | PERÍODO NOTURNO

DIAS	MANHÃ		TARDE		EXTRA	
	Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída
1	05:00	09:00	11:00	15:00		
2	FERIADO					
3	05:00	09:00	11:00	15:00		
4	05:00	09:00	FALTA			
5	05:00	09:00	11:00	15:00		
6	05:00	09:00	—	—		
7	DOMINGO					
8	05:00	09:00	11:00	15:00		
9	05:00	09:00	11:00	15:00		
10	05:00	09:00	FALTA			
11	05:00	09:00	11:00	15:00		
12	05:00	09:00	11:00	15:00		
13	FALTA		—	—		
14	DOMINGO					
15	FERIADO					

"De conformidade com a Portaria MTb nº 3626/91 de 13/11/91, este Cartão de Ponto, substitui, para todos os efeitos, o Quadro de Horário de Trabalho e Ficha de Horário de Trabalho Externo."

Nibra | CÓD. 15819 TIPO BB

	HORAS	A R$	TOTAIS
NORMAIS			R$
EXTRAS			R$
DESC. REMUN.			R$

SOMA R$

INSS R$

I.R. - FONTE (DEDUÇÕES) R$

VALOR I.R. - F R$

R$

TOTAL DOS DESCONTOS R$

SALÁRIO-FAMÍLIA R$

SALDO A RECEBER R$

2ª QUINZENA

H. Nor. DIAS	MANHÃ Entrada	MANHÃ Saída	TARDE Entrada	TARDE Saída	EXTRA Entrada	EXTRA Saída	Horas Extras
16	05:00	09:00	11:00	15:00			
17	05:00	09:00	11:00	15:00			
18	FALTA		11:00	15:00			
19	05:00	09:00	11:00	15:00			
20	FERIADO						
21	DOMINGO						
22	FALTA	FALTA					
23	05:00	09:00	11:00	15:00			
24	05:00	09:00	11:00	15:00			
25	05:00	09:00	11:00	15:00			
26	05:00	09:00	11:00	15:00			
27	05:00	09:00	—	—			
28	DOMINGO						
29	05:00	09:00	11:00	15:00			
30	05:00	09:00	11:00	15:00			
31							

Recebi o saldo acima mencionado

DATA / /

Luiz Carlos Silva P.

Assinatura do Empregado

REGISTRO DE OCORRÊNCIAS:

Nº ORDEM | EMPREGADOR OU RAZÃO SOCIAL

C.N.P.J. | ATIVIDADE ECONÔMICA

EMPREGADO Luiz Carlos Silva Pinheiro

Nº REGISTRO | Nº CTPS | FUNÇÃO

LOCAL DO TRABALHO

1ª QUINZENA

MÊS NOVEMBRO | ANO

Hor. de Trab.	ENTRADA	INTERVALO PARA REFEIÇÃO	SAÍDA	REPOUSO SEMANAL

H. Nor. DIAS	MANHÃ Entrada	MANHÃ Saída	TARDE Entrada	TARDE Saída	EXTRA Entrada	EXTRA Saída
1	05:00	09:00	11:00	15:00		
2	FERIADO					
3	05:00	09:00	11:00	15:00		
4	FALTA		11:00	15:00		
5	05:00	09:00	11:00	15:00		
6	05:00	09:00	—	—		
7	DOMINGO					
8	05:00	09:00	11:00	15:00		
9	05:00	09:00	11:00	15:00		
10	05:00	09:00	11:00	15:00		
11	05:00	09:00	11:00	15:00		
12	05:00	09:00	11:00	15:00		
13	05:00	09:00	—	—		
14	DOMINGO					
15	FERIADO					

"De conformidade com a Portaria Mtb nº 3626/91 de 13/11/91, este Cartão de Ponto, substitui, para todos os efeitos, o Quadro de Horário de Trabalho e Ficha de Horário de Trabalho Externo."

tilibra CÓD. 15019 TIPO RB

	HORAS	A R$	TOTAIS
NORMAIS			R$
EXTRAS			R$
DESC. REMUN.			R$

SOMA R$

INSS R$

I.R. - FONTE (DEDUÇÕES) R$

VALOR I.R. - F R$

R$

TOTAL DOS DESCONTOS R$

SALÁRIO-FAMÍLIA R$

SALDO A RECEBER R$

2ª QUINZENA

H. Nor. DIAS	MANHÃ		TARDE		EXTRA		Horas Extras
	Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída	
16	05:00	09:00	11:00	15:00			
17	05:00	09:00	11:00	15:00			
18	05:00	09:00	11:00	15:00			
19	05:00	09:00	11:00	15:00			
20	FERIADO						
21	DOMINGO						
22	05:00	09:00	11:00	15:00			
23	05:00	09:00	11:00	15:00			
24	05:00	09:00	11:00	15:00			
25	05:00	09:00	11:00	15:00			
26	05:00	09:00	11:00	15:00			
27	05:00	09:00	—	—			
28	DOMINGO						
29	05:00	09:00	11:00	15:00			
30	05:00	09:00	11:00	15:00			
31	—	—	—	—			

Recebi o saldo acima mencionado

DATA / / Assinatura do Empregado

REGISTRO DE OCORRÊNCIAS:

Nº ORDEM | EMPREGADOR OU RAZÃO SOCIAL

C.N.P.J. | ATIVIDADE ECONÔMICA

EMPREGADO Silva Costa

Nº REGISTRO | Nº CTPS | FUNÇÃO

LOCAL DO TRABALHO | 1ª QUINZENA

MÊS NOVEMBRO | ANO

Hor. de Trab. | ENTRADA | INTERVALO PARA REFEIÇÃO | SAÍDA | REPOUSO SEM.

H. Nor. DIAS	MANHÃ		TARDE		EXTRA	
	Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída
1	05:00	09:00	11:00	15:00		
2	FERIADO					
3	05:00	09:00	11:00	15:00		
4	05:00	09:00	11:00	15:00		
5	05:00	09:00	11:00	15:00		
6	05:00	09:00	—	—		
7	DOMINGO					
8	05:00	09:00	11:00	15:00		
9	05:00	09:00	11:00	15:00		
10	05:00	09:00	11:00	15:00		
11	05:00	09:00	11:00	15:00		
12	05:00	09:00	11:00	15:00		
13	05:00	09:00	—	—		
14	DOMINGO					
15	FERIADO					

"De conformidade com a Portaria Mtb nº 3626/91 de 13/11/91, este Cartão de Ponto, substitui, para todos os efeitos, o Quadro de Horário de Trabalho e Ficha de Horário de Trabalho Externo."

tilibra CÓD. 15019 TIPO RB

	HORAS	A R$	TOTAIS
NORMAIS			R$
EXTRAS			R$
DESC. REMUN.			R$

SOMA R$

INSS R$

I.R. - FONTE (DEDUÇÕES) R$

VALOR I.R. - F R$

R$

TOTAL DOS DESCONTOS R$

SALÁRIO-FAMÍLIA R$

SALDO A RECEBER R$

2ª QUINZENA

H. Nor. DIAS	MANHÃ		TARDE		EXTRA		Horas Extras
	Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída	
16	05:00	09:00	11:00	15:00			
17	05:00	09:00	11:00	15:00			
18	05:00	09:00	11:00	15:00			
19	05:00	09:00	11:00	15:00			
20	FERIADO						
21	DOMINGO						
22	05:00	09:00	11:00	15:00			
23	05:00	09:00	11:00	15:00			
24	05:00	09:00	11:00	15:00			
25	05:00	09:00	11:00	15:00			
26	05:00	09:00	11:00	15:00			
27	05:00	09:00	—	—			
28	DOMINGO						
29	05:00	09:00	11:00	15:00			
30	05:00	09:00	11:00	15:00			
31	—	—	—	—			

Recebi o saldo acima mencionado

DATA / /

Assinatura do Empregado

REGISTRO DE OCORRÊNCIAS:

Nº ORDEM | EMPREGADOR OU RAZÃO SOCIAL

C.N.P.J. | ATIVIDADE ECONÔMICA

EMPREGADO AMARILDO DE A. NASCIMENTO

Nº REGISTRO | Nº CTPS | FUNÇÃO

LOCAL DO TRABALHO | 1ª QUINZENA

MÊS NOVEMBRO | ANO

Hor. de Trab.	ENTRADA	INTERVALO PARA REFEIÇÃO	SAÍDA	REPOUSO SEMANAL

H. Nor. DIAS	MANHÃ		TARDE		EXTRA		Horas Extras
	Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída	
1	05:00	09:00	11:00	15:00			
2	FERIADO						
3	05:00	09:00	11:00	15:00			
4	05:00	09:00	11:00	15:00			
5	05:00	09:00	11:00	15:00			
6	05:00	09:00	—	—			
7	DOMINGO						
8	05:00	09:00	11:00	15:00			
9	05:00	09:00	11:00	15:00			
10	05:00	09:00	11:00	15:00			
11	05:00	09:00	11:00	15:00			
12	05:00	09:00	11:00	15:00			
13	05:00	09:00	—	—			
14	DOMINGO						
15	FERIADO						

"De conformidade com a Portaria Mtb nº 3626/91 de 13/11/91, este Cartão de Ponto, substitui, para todos os efeitos, o Quadro de Horário de Trabalho e Ficha de Horário de Trabalho Externo."

tilibra CÓD. 15019 TIPO RB

	HORAS	A R$	TOTAIS
NORMAIS			R$
EXTRAS			R$
DESC. REMUN.			R$

SOMA R$

INSS R$

I.R. - FONTE (DEDUÇÕES) R$

VALOR I.R. - F R$

R$

TOTAL DOS DESCONTOS R$

SALÁRIO-FAMÍLIA R$

SALDO A RECEBER R$

2ª QUINZENA

H. Nor. DIAS	MANHÃ		TARDE		EXTRA		Horas Extras
	Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída	
16	05:00	09:00	11:00	15:00			
17	05:00	09:00	11:00	15:00			
18	05:00	09:00	11:00	15:00			
19	05:00	09:00	11:00	15:00			
20	Feriado						
21	Domingo						
22	05:00	09:00	ATESTADO				
23	05:00	09:00	11:00	15:00			
24	05:00	09:00	11:00	15:00			
25	05:00	09:00	11:00	15:00			
26	05:00	09:00	11:00	15:00			
27	05:00	09:00	—	—			
28	Domingo						
29	05:00	09:00	11:00	15:00			
30	05:00	09:00	11:00	15:00			
31	—	—	—	—			

Recebi o saldo acima mencionado

DATA / / Assinatura do Empregado

REGISTRO DE OCORRÊNCIAS

Marcos de Sousa

Nº ORDEM | EMPREGADOR OU RAZÃO SOCIAL

C.N.P.J. | ATIVIDADE ECONÔMICA

EMPREGADO MARCAL DE SOUSA

Nº REGISTRO | Nº CTPS | FUNÇÃO

LOCAL DO TRABALHO | 1ª QUINZENA

MÊS | ANO

Hor. de Trab.	ENTRADA	INTERVALO PARA REFEIÇÃO	SAÍDA	REPOUSO SEMANAL

H. Nor. DIAS	MANHÃ		TARDE		EXTRA	
	Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída
1	05:00	09:00	11:00	15:00		
2	Feriado					
3	05:00	09:00	11:00	15:00		
4	05:00	09:00	11:00	15:00		
5	05:00	09:00	11:00	15:00		
6	05:00	09:00	—	—		
7	Domingo					
8	05:00	09:00	11:00	15:00		
9	05:00	09:00	11:00	15:00		
10	05:00	09:00	11:00	15:00		
11	05:00	09:00	11:00	15:00		
12	05:00	09:00	11:00	15:00		
13	05:00	09:00	—	—		
14	Domingo					
15	Feriado					

"De conformidade com a Portaria Mtb nº 3626/91 de 13/11/91, este Cartão de Ponto, substitui, para todos ôs efeitos, o Quadro de Horário de Trabalho e Ficha de Horário de Trabalho Externo."

tilibra CÓD. 15019 TIPO RB

IMAGEM
CENTRO DE DIAGNÓSTICO MÉDICO

**Radiologia, Tomografia Computadorizada,
Densitometria Óssea e Mamografia**

Avenida Natalino João Briscansin, 859 A
Centro - Sorriso-MT - Cep: 78.890-000
Telefone: (66) 3544-8990

DECLARAÇÃO

Declaro, para os devidos fins, que o Sr.(a) MARCAL DE SOUSA esteve nesta clínica realizando exames no dia 22 de novembro de 2021.

SORRISO, 22 de novembro de 2021

Imagem Centro de Diagnóstico Médico

03.395.990/0001-00
IMAGEM CENTRO DE DIAGNÓSTICO
IMAGEM CENTRO DE DIAGNÓSTICO MÉDICO LTDA
Av. Natalino João Brescansin, 851A - Centro
Sorriso - Cep 78.890-000 - Mato Grosso

Andressa Santos

	HORAS	A R$	TOTAIS
NORMAIS			R$
EXTRAS			R$
DESC. REMUN.			R$

SOMA R$ _____

INSS ..... R$ _____

I.R. - FONTE (DEDUÇÕES) ..... R$ _____

VALOR I.R. - F ..... R$ _____

..... R$ _____

TOTAL DOS DESCONTOS ..... R$ _____

SALÁRIO-FAMÍLIA ..... R$ _____

SALDO A RECEBER ..... R$ _____

2ª QUINZENA

H. Nor. DIAS	MANHÃ Entrada	MANHÃ Saída	TARDE Entrada	TARDE Saída	EXTRA Entrada	EXTRA Saída	Horas Extras
16	05:00	09:00	11:00	15:00			
17	05:00	09:00	11:00	15:00			
18	05:00	09:00	11:00	15:00			
19	05:00	09:00	11:00	15:00			
20	Feriado						
21	Domingo						
22	05:00	09:00	11:00	15:00			
23	Falta	FALTA					
24	05:00	09:00	11:00	15:00			
25	05:00	09:00	11:00	15:00			
26	05:00	09:00	11:00	15:00			
27	05:00	09:00	11:00	15:00			
28	Domingo						
29	05:00	09:00	11:00	15:00			
30	05:00	09:00	11:00	15:00			
31	—	—	—	—			

Recebi o saldo acima mencionado

DATA / / Maria Cipa Benti da Silva

Assinatura do Empregado

REGISTRO DE OCORRÊNCIAS:

Nº ORDEM | EMPREGADOR OU RAZÃO SOCIAL

C.N.P.J. | ATIVIDADE ECONÔMICA

EMPREGADO Maria Aparecida Benti da Silva

Nº REGISTRO | Nº CTPS | FUNÇÃO

LOCAL DO TRABALHO

MÊS Novembro | 1ª QUINZENA

ANO

Hor. de Trab. | ENTRADA | INTERVALO PARA REFEIÇÃO | SAÍDA | REPOUSO SEMANAL

H. Nor. DIAS	MANHÃ Entrada	MANHÃ Saída	TARDE Entrada	TARDE Saída	EXTRA Entrada	EXTRA Saída	Horas Extras
1	05:00	09:00	11:00	15:00			
2	Feriado						
3	05:00	09:00	11:00	15:00			
4	05:00	09:00	11:00	15:00			
5	05:00	09:00	11:00	15:00			
6	FALTA	—	—				
7	Domingo						
8	05:00	09:00	11:00	15:00			
9	05:00	09:00	11:00	15:00			
10	05:00	09:00	11:00	15:00			
11	05:00	09:00	11:00	15:00			
12	05:00	09:00	11:00	15:00			
13	05:00	09:00	11:00	15:00			
14	Domingo						
15	Feriado						

De conformidade com a Portaria Mtb nº 3626/91 de 13/11/91, este Cartão de Ponto, substitui, para todos os efeitos, o Quadro de Horário de Trabalho e Ficha de Horário de Trabalho Externo.

tilibra CÓD. 15019 TIPO RB

	HORAS	A R$	TOTAIS
NORMAIS			R$
EXTRAS			R$
DESC. REMUN.			R$

SOMA R$

INSS ..... R$

I.R. - FONTE (DEDUÇÕES) ..... R$

VALOR I.R. - F ..... R$

..... R$

TOTAL DOS DESCONTOS ..... R$

SALÁRIO-FAMÍLIA ..... R$

SALDO A RECEBER ..... R$

2ª QUINZENA

H. Nor. DIAS	MANHÃ Entrada	MANHÃ Saída	TARDE Entrada	TARDE Saída	EXTRA Entrada	EXTRA Saída	Horas Extras
16	7	11:3	13	17:3	Ferias		5
17	7	11:3	13	17:3	Ferias		5
18	7	11:3	13	17:3	Ferias		5
19	7	11:3	13	17:3	Ferias		5
20	Feriado						
21	Domingo						
22	7	11:3	13:00	17:3	Ferias		5
23	7	11:3	13:	17:30	Ferias		5
24	7	11:3	13.	17:30	Ferias		5
25	7.	11:30	13.	17:30	Ferias		5
26	7:	11:30	13	17:3	Ferias		5
27	7	12.			Ferias		5
28	Domingo						
29	7	11:3	13:	17:3	Ferias		5
30	7	11:3	13.	17:3	Ferias		5
31							

Recebi o saldo acima mencionado

DATA / / x Ferias

Assinatura do Empregado

REGISTRO DE OCORRÊNCIAS:

Nº C. TPS EMPREGADOR OU RAZÃO SOCIAL California Judas

C.N.P.J. ATIVIDADE ECONÔMICA

EMPREGADO Francisco Jordani

Nº REGISTRO Nº CTPS FUNÇÃO

LOCAL DO TRABALHO

1ª QUINZENA

MÊS novembro ANO 21

Hor. de Trab. | ENTRADA | INTERVALO PARA REFEIÇÃO | SAÍDA | REPOUSO SEMANAL

H. Nor. DIAS	MANHÃ Entrada	MANHÃ Saída	TARDE Entrada	TARDE Saída	EXTRA Entrada	EXTRA Saída	Horas Extras
1	7.	11:30	13:00	17:30	Ferias		5
2	Feriado				Ferias		5
3	7.	11:30	13:00	17:30	Ferias		5
4	7.	11:30	13:00	173	Ferias		5
5	7.	11:30	13:00	17:30	Ferias		5
6	7.	12:00			Ferias		5
7	Domingo						
8	7.	11:30	13	17:3	Ferias		5
9	7.	11:3	13.	17:3	Ferias		5
10	7.	11:3	13.	17:3	Ferias		5
11	7.	11:3.	13.	17:30	Ferias		5
12	7.	11:30	13:	17:30	Ferias		5
13	07:00	12:00			Ferias		5
14	Domingo						
15	Feriado						

"De conformidade com a Portaria Mtb nº 3626/91 de 13/11/91, este Cartão de Ponto, substitui, para todos os efeitos, o Quadro de Horário de Trabalho e Ficha de Horário de Trabalho Externo."

tilibra CÓD. 15019 TIPO RB

	HORAS	A R$	TOTAIS
NORMAIS			R$
EXTRAS			R$
DESC. REMUN.			R$

SOMA R$

INSS R$

I.R. - FONTE (DEDUÇÕES) R$

VALOR I.R. - F R$

R$

TOTAL DOS DESCONTOS R$

SALÁRIO-FAMÍLIA R$

SALDO A RECEBER R$

2ª QUINZENA

H. Nor. DIAS	MANHÃ		TARDE		EXTRA		Horas Extras
	Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída	
16	05:00	09:00	11:00	15:00			
17	05:00	09:00	11:00	15:00			
18	05:00	09:00	11:00	15:00			
19	05:00	09:00	11:00	15:00			
20	FERIADO						
21	DOMINGO						
22	05:00	09:00	11:00	15:00			
23	05:00	09:00	11:00	15:00			
24	05:00	09:00	11:00	15:00			
25	05:00	09:00	11:00	15:00			
26	05:00	09:00	11:00	15:00			
27	05:00	09:00	—	—			
28	DOMINGO						
29	05:00	09:00	11:00	15:00			
30	05:00	09:00	11:00	15:00			
31	—	—	—	—			

Recebi o saldo acima mencionado

DATA / / Eliane Lopes Magalhães

Assinatura do Empregado

REGISTRO DE OCORRÊNCIAS:

Nº ORDEM | EMPREGADOR OU RAZÃO SOCIAL

C.N.P.J. | ATIVIDADE ECONÔMICA

EMPREGADO ELIANE LOPES MAGALHÃES

Nº REGISTRO | Nº CTPS | FUNÇÃO

LOCAL DO TRABALHO | 1ª QUINZENA

MÊS NOVEMBRO | ANO

Hor. de Trab. | ENTRADA | INTERVALO PARA REFEIÇÃO | SAÍDA | REPOUSO SEMANAL

H. Nor. DIAS	MANHÃ		TARDE		EXTRA		Horas Extras
	Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída	
1	05:00	09:00	11:00	15:00			
2	FERIADO						
3	05:00	09:00	11:00	15:00			
4	05:00	09:00	11:00	15:00			
5	05:00	09:00	11:00	15:00			
6	05:00	09:00	—	—			
7	DOMINGO						
8	05:00	09:00	11:00	15:00			
9	05:00	09:00	11:00	15:00			
10	05:00	09:00	11:00	15:00			
11	05:00	09:00	11:00	15:00			
12	05:00	09:00	11:00	15:00			
13	05:00	09:00	—	—			
14	DOMINGO						
15	FERIADO						

"De conformidade com a Portaria Mtb nº 3626/91 de 13/11/91, este Cartão de Ponto, substitui, para todos os efeitos, o Quadro de Horário de Trabalho e Ficha de Horário de Trabalho Externo."

tilibra CÓD. 15019 TIPO RB

	HORAS	A R$	TOTAIS
NORMAIS			R$
EXTRAS			R$
DESC. REMUN.			R$

SOMA R$

INSS R$

I.R. - FONTE (DEDUÇÕES) R$

VALOR I.R. - F R$

TOTAL DOS DESCONTOS R$

SALÁRIO-FAMÍLIA R$

SALDO A RECEBER R$

2ª QUINZENA

H. Nor. DIAS	MANHÃ		TARDE		EXTRA		Horas Extras
	Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída	
16	05:00	09:00	11:00	15:00			
17	05:00	09:00	11:00	15:00			
18	05:00	09:00	11:00	15:00			
19	05:00	09:00	11:00	15:00			
20	Feriado						
21	Domingo						
22	05:00	09:00	11:00	15:00			
23	05:00	09:00	11:00	15:00			
24	05:00	09:00	11:00	15:00			
25	05:00	09:00	11:00	15:00			
26	05:00	09:00	11:00	15:00			
27	05:00	09:00	—	—			
28	Domingo						
29	05:00	09:00	11:00	15:00			
30	05:00	09:00	11:00	15:00			
31	—	—	—	—			

Recebi o saldo acima mencionado

DATA / / Vanderleya

Assinatura do Empregado

REGISTRO DE OCORRÊNCIAS:

Nº ORDEM | EMPREGADOR OU RAZÃO SOCIAL

C.N.P.J. | ATIVIDADE ECONÔMICA

EMPREGADO Vanderleia Sousa de Freitas

Nº REGISTRO | Nº CTPS | FUNÇÃO

LOCAL DO TRABALHO | 1ª QUINZENA

MÊS Novembro | ANO

Hor. de Trab. | ENTRADA | INTERVALO PARA REFEIÇÃO | SAÍDA | REPOUSO SEMANAL

H. Nor. DIAS	MANHÃ		TARDE		EXTRA	
	Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída
1	05:00	09:00	11:00	15:00		
2	Feriado					
3	05:00	09:00	11:00	15:00		
4	05:00	09:00	11:00	15:00		
5	05:00	09:00	11:00	15:00		
6	05:00	09:00	—	—		
7	Domingo					
8	05:00	09:00	11:00	15:00		
9	05:00	09:00	11:00	15:00		
10	05:00	09:00	11:00	15:00		
11	05:00	09:00	11:00	15:00		
12	05:00	09:00	11:00	15:00		
13	05:00	09:00	11:00	15:00		
14	Domingo					
15	Feriado					

*De conformidade com a Portaria Mtb nº 3626/91 de 13/11/91, este Cartão de Ponto, substitui, para todos os efeitos, o Quadro de Horário de Trabalho e Ficha de Horário de Trabalho Externo."

tilibra CÓD. 15019 TIPO RB

	HORAS	A R$	TOTAIS
NORMAIS			R$
EXTRAS			R$
DESC. REMUN.			R$

SOMA R$

INSS R$

I.R. - FONTE (DEDUÇÕES) R$

VALOR I.R. - F R$

R$

TOTAL DOS DESCONTOS R$

SALÁRIO-FAMÍLIA R$

SALDO A RECEBER R$

2ª QUINZENA

H. Nor. DIAS	MANHÃ		TARDE		EXTRA		Horas Extras
	Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída	
16	7	11:3	13	17:3			
17	7.	11:3	13.	17:3			
18	7.	11:3	13.	17.3			
19	7:	11:3	13.	17-3			
20	7.	11:3					
21	Domingo						
22							
23	07	11:00	13	17			
24	07	11	13	17			
25	07	11	13	17			
26	07	11	13	17			
27	07	11	13	17			
28	07	11	Obrigado				
29	[illegible]						
30	07	11	13	17			
31	07	11	13	17			

Recebi o saldo acima mencionado

DATA / / Pablo Marques de Souza
Assinatura do Empregado

REGISTRO DE OCORRÊNCIAS:

Nº ORDEM | EMPREGADOR OU RAZÃO SOCIAL

C.N.P.J. | ATIVIDADE ECONÔMICA

EMPREGADO Pablo Marques de Souza

Nº REGISTRO | Nº CTPS | FUNÇÃO

LOCAL DO TRABALHO | 1ª QUINZENA

MÊS | ANO

Hor. de Trab. | ENTRADA | INTERVALO PARA REFEIÇÃO | SAÍDA | REPOUSO SEMANAL

H. Nor. DIAS	MANHÃ		TARDE		EXTRA	
	Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída
1	7.	11:3	13.	17:3		
2	Feriado					
3	7	11:3	13.	17.3		
4	7	11:3	13.	17:3		
5	7	11:3	13.	17.3		
6	7	11:3				
7	Domingo					
8	7	11:3	13.	17:3		
9	7	11.3	13	17.3		
10	7	11:3	13	17.3		
11	7	11:3	13	17.3		
12	7	11:3	13	17.3		
13	7	11.3				
14	Domingo					
15	Feriado					

"De conformidade com a Portaria Mtb nº 3626/91 de 13/11/91, este Cartão de Ponto, substitui, para todos os efeitos, o Quadro de Horário de Trabalho e Ficha de Horário de Trabalho Externo."

tilibra CÓD. 15019 TIPO RB

	HORAS	A R$	TOTAIS
NORMAIS			R$
EXTRAS			R$
DESC. REMUN.			R$

SOMA R$

INSS R$

I.R. - FONTE (DEDUÇÕES) R$

VALOR I.R. - F R$

R$

TOTAL DOS DESCONTOS R$

SALÁRIO-FAMÍLIA R$

SALDO A RECEBER R$

2ª QUINZENA

H. Nor. DIAS	MANHÃ Entrada	MANHÃ Saída	TARDE Entrada	TARDE Saída	EXTRA Entrada	EXTRA Saída	Horas Extras
16	7.00	11:30	1.00	5:30	Daniel		
17	7.00	11:30	1.00	5:30	Daniel		
18	7.00	11:30	1.00	5:30	Daniel		
19	7.00	11:30	1.00	5:30	Daniel		
20							
21	Domingo						
22	7.00	1:30	FALTA		Daniel		
23	7.00	11:30	1.00	5:30	Daniel		
24	7.00	11:30	1.00	5:30	Daniel		
25	7.00	11:30	1.00	5:30	Daniel		
26	7.00	11:30	1.00	5:30	Daniel		
27	7.00	11:30	1.00	5:30	Daniel		
28	Domingo						
29	7.00	11:30	1.00	5:30	Daniel		
30	7.00	11:30	1.00	5:30	Daniel		
31							

Recebi o saldo acima mencionado

DATA / / Daniel Fernandes de Oliveira

Assinatura do Empregado

REGISTRO DE OCORRÊNCIAS:

Nº ORDEM

EMPREGADOR OU RAZÃO SOCIAL California Cuotas

C.N.P.J. ATIVIDADE ECONÔMICA

EMPREGADO Daniel Oliveira

Nº REGISTRO Nº CTPS FUNÇÃO

LOCAL DO TRABALHO

1ª QUINZENA

MÊS novembro ANO 2021

Hor. de Trab. ENTRADA | INTERVALO PARA REFEIÇÃO | SAÍDA | REPOUSO SEMANAL

H. Nor. DIAS	MANHÃ Entrada	MANHÃ Saída	TARDE Entrada	TARDE Saída	EXTRA Entrada	EXTRA Saída	Horas Extras
1	7.00	11:30	1.00	5:30	Daniel		
2	Feriado						
3	7.00	11:30	1.00	5:30	Daniel		
4	7.00	11:30	1.00	5:30	Daniel		
5	7.00	11:30	1.00	5:30	Daniel		
6	7.00	11:30			Daniel		
7	Domingo						
8	7.00	11:30			Daniel		
9	7.00	11:30	1.00	5:30	Daniel		
10	7.00	11:30	1.00	5:30	Daniel		
11	7.00	11:30	1.00	5:30	Daniel		
12	7.00	11:30	1.00	5:30	Daniel		
13	7.00	11:30	[redacted]		Daniel		
14	Domingo						
15	Feriado						

"De conformidade com a Portaria Mtb nº 3626/91 de 13/11/91, este Cartão de Ponto, substitui, para todos os efeitos, o Quadro de Horário de Trabalho e Ficha de Horário de Trabalho Externo."

tilibra CÓD. 15019 TIPO RB

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE SORRISO

Secretaria de Saude

Atestado

ATESTADO

Atesto para os devidos fins que **ELIANE PINHEIRO SILVA** recebeu atendimento neste serviço no dia **26/11/2021**, e necessita afastamento de suas atividades por **1** dias, a partir de **26/11/2021**.

É vedado ao médico ou odontólogo revelar o CID diagnóstico, salvo se autorizado pelo paciente ou responsável legal, conforme art. 73 do código de ética médica.

Diagnóstico: N946

Autorizo a divulgação do diagnóstico (CID)

ELIANE PINHEIRO SILVA
ou responsável legal.

Dr. Sanrley N. da Silva
Medico
CRM/MT 8750

SANRLEY NEGREIROS DA SILVA

CRM: 8750

Emitido em: 26/11/2021

51221

G-MUS – Gestão Municipal da Saúde

Inovadora Sistemas de Gestão LTDA

PREFEITURA DE SORRISO
CAPITAL NACIONAL DO AGRONEGÓCIO

ATESTADO MÉDICO

Atesta- se o atendimento de ELIANE PINHEIRO SILVA na data de 25/11/2021, no Centro de Referência para Tratamento de Doenças Respiratórias, e orienta-se o afastame laboral e isolamento social por __1__ dias de paciente (cid 10 – B972) e seus contatos domiciliares abaixo referidos sob CID 10 - Z20.9 - Contato com exposição a doença transmissível não especificada.

Em referência à Portaria nº 454 de 20 de março de 2020, que define as condições de isolamento domiciliar, recomenda-se o isolamento das pessoas com Síndrome Gi Conduta estende-se aos contatos domiciliares de paciente com SG confirmada por _ 1_ dias seguindo as condutas estabelecidas pelo Ministério da Saúde.

Nome dos familiares que necessitam de isolamento domiciliar por contato direto:

Declaro para devidos fins de direito e sob penas da lei que os cidadãos supracitados residem em meu endereço.

Declaro estar ciente que a falsidade da presente declaração pode implicar na sanção penal prevista no art. 299 do código penal.

_____

(ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL LEGAL)

Médico
CRM-MT: 10722

_____

(ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO)

SORRISO – MT 25/11/2021

	HORAS	A R$	TOTAIS
NORMAIS			R$
EXTRAS			R$
DESC. REMUN.			R$

SOMA R$

INSS R$

I.R. - FONTE (DEDUÇÕES) R$

VALOR I.R. - F R$

R$

TOTAL DOS DESCONTOS R$

SALÁRIO-FAMÍLIA R$

SALDO A RECEBER R$

2ª QUINZENA

H. Nor. DIAS	MANHÃ Entrada	MANHÃ Saída	TARDE Entrada	TARDE Saída	EXTRA Entrada	EXTRA Saída	Horas Extras
16	05:00	09:00	11:00	15:00			
17	05:00	09:00	11:00	15:00			
18	05:00	09:00	11:00	15:00			
19	05:00	09:00	11:00	15:00			
20	Feriado						
21	Domingo						
22	05:00	09:00	11:00	15:00			
23	05:00	09:00	11:00	15:00			
24	05:00	09:00	11:00	15:00			
25	ATESTADO						
26	ATESTADO						
27	05:00	09:00	—	—			
28	Domingo						
29	05:00	09:00	FALTA				
30	05:00	09:00	11:00	15:00			
31	—	—	—	—	—	—	

Recebi o saldo acima mencionado

DATA 30/11/21 Eliane P Silva

Assinatura do Empregado

REGISTRO DE OCORRÊNCIAS:

Nº ORDEM | EMPREGADOR OU RAZÃO SOCIAL

C.N.P.J. | ATIVIDADE ECONÔMICA

EMPREGADO Eliane Pinheiro Silva

Nº REGISTRO | Nº CTPS | FUNÇÃO

LOCAL DO TRABALHO | 1ª QUINZENA

MÊS NOVEMBRO | ANO

Hor. de Trab. | ENTRADA | INTERVALO PARA REFEIÇÃO | SAÍDA | REPOUSO SEMANAL

H. Nor. DIAS	MANHÃ Entrada	MANHÃ Saída	TARDE Entrada	TARDE Saída	EXTRA Entrada	EXTRA Saída
1	05:00	09:00	11:00	15:00		
2	Feriado					
3	05:00	09:00	FALTA			
4	FALTA		FALTA			
5	05:00	09:00	11:00	15:00		
6	05:00	09:00	—	—		
7	Domingo					
8	05:00	09:00	11:00	15:00		
9	05:00	09:00	FALTA			
10	05:00	09:00	11:00	15:00		
11	05:00	09:00	11:00	15:00		
12	05:00	09:00	11:00	15:00		
13	05:00	09:00	—	—		
14	Domingo					
15	Feriado					

"De conformidade com a Portaria Mtb nº 3626/91 de 13/11/91, este Cartão de Ponto, substitui, para todos os efeitos, o Quadro de Horário de Trabalho e Ficha de Horário de Trabalho Externo."

tilibra CÓD. 15019 TIPO RB

	HORAS	A R$	TOTAIS
NORMAIS			R$
EXTRAS			R$
DESC. REMUN.			R$

SOMA R$

INSS R$

I.R. - FONTE (DEDUÇÕES) R$

VALOR I.R. - F R$

R$

TOTAL DOS DESCONTOS R$

SALÁRIO-FAMÍLIA R$

SALDO A RECEBER R$

2ª QUINZENA

H. Nor. DIAS	MANHÃ Entrada	MANHÃ Saída	TARDE Entrada	TARDE Saída	EXTRA Entrada	EXTRA Saída	Horas Extras
16	7	11:30	13:00	17:30			
17	7	11:30	13:00	17:30			
18	7	11:30	13:00	19:30			
19	7.	11:30	13:00	17:30			
20	7:	12:00	Feriado				
21	Domingo						
22	7.	11:3	13:00	17:30			
23	7:	11:3	13:	17:30			
24	7.	11:3	13:	17:30			
25	7:	11:30	13:	17:30			
26	7:	11:3	13:	17:30			
27	7:	12:00					
28	Domingo						
29	7	11:30	13:	17:30			
30	7	11:30	13.	17:30			
31							

Recebi o saldo acima mencionado

DATA / / Miriam Felix

Assinatura do Empregado

REGISTRO DE OCORRÊNCIAS:

Nº ORDEM

EMPREGADOR OU RAZÃO SOCIAL Califórnia Jeans

C.N.P.J.

ATIVIDADE ECONÔMICA

EMPREGADO Miriam Felix

Nº REGISTRO Nº CTPS FUNÇÃO

LOCAL DO TRABALHO

1ª QUINZENA

MÊS novembro ANO 2021

Hor. de Trab. ENTRADA | INTERVALO PARA REFEIÇÃO | SAÍDA | REPOUSO SEMANAL

H. Nor. DIAS	MANHÃ Entrada	MANHÃ Saída	TARDE Entrada	TARDE Saída	EXTRA Entrada	EXTRA Saída	Horas Extras
1	7:00	11:30	13:00	17:30			
2	Feriado						
3	7:00	11:30	13:00	17:30			
4	7:00	11:30	13:00	17:30			
5	7:00	11:30	13:00	17:30			
6	7:00	12:00					
7	Domingo						
8	07:00	11:30	13:00	17:30			
9	07:00	11:30	13:00	17:30			
10	7:00	11:40	13:00	17:30			
11	7:00	11:30	13:00	17:30			
12	07:00	11:30	13:	17:30			
13	07:0.	12:00					
14	Domingo						
15	Feriado						

"De conformidade com a Portaria Mtb nº 3626/91 de 13/11/91, este Cartão de Ponto, substitui, para todos os efeitos, o Quadro de Horário de Trabalho e Ficha de Horário de Trabalho Externo."

tilibra CÓD. 15019 TIPO RB

	HORAS	A R$	TOTAIS
NORMAIS			R$
EXTRAS			R$
DESC. REMUN.			R$

SOMA R$

INSS R$

I.R. - FONTE (DEDUÇÕES) R$

VALOR I.R. - F R$

R$

TOTAL DOS DESCONTOS R$

SALÁRIO-FAMÍLIA R$

SALDO A RECEBER R$

2ª QUINZENA

H. Nor. DIAS	MANHÃ		TARDE		EXTRA		Horas Extras
	Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída	
16	05:00	09:00	11:00	15:00			
17	05:00	09:00	11:00	15:00			
18	05:00	09:00	11:00	15:00			
19	05:00	09:00	11:00	15:00			
20	Feriado						
21	Domingo						
22	05:00	09:00	11:00	15:00			
23	05:00	09:00	11:00	15:00			
24	05:00	09:00	11:00	15:00			
25	05:00	09:00	11:00	15:00			
26	05:00	09:00	11:00	15:00			
27	05:00	09:00	—	—			
28	Domingo						
29	FALTA		11:00	15:00			
30	05:00	09:00	11:00	15:00			
31	—	—	—	—			

Recebi o saldo acima mencionado

DATA / /

Assinatura do Empregado

REGISTRO DE OCORRÊNCIAS:

Nº ORDEM | EMPREGADOR OU RAZÃO SOCIAL

C.N.P.J. | ATIVIDADE ECONÔMICA

EMPREGADO Kenilson Lucas Francisco

Nº REGISTRO | Nº CTPS | FUNÇÃO

LOCAL DO TRABALHO

1ª QUINZENA

MÊS NOVEMBRO | ANO

Hor. de Trab.	ENTRADA	INTERVALO PARA REFEIÇÃO	SAÍDA	REPOUSO SEMANAL

H. Nor. DIAS	MANHÃ		TARDE		EXTRA	
	Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída
1	05:00	09:00	11:00	15:00		
2	Feriado					
3	05:00	09:00	11:00	15:00		
4	05:00	09:00	11:00	15:00		
5	05:00	09:00	11:00	15:00		
6	05:00	09:00	—	—		
7	Domingo					
8	05:00	09:00	11:00	15:00		
9	ATESTADO					
10	ATESTADO					
11	05:00	09:00	11:00	15:00		
12	05:00	09:00	11:00	15:00		
13	05:00	09:00	—	—		
14	Domingo					
15	Feriado					

"De conformidade com a Portaria Mtb nº 3626/91 de 13/11/91, este Cartão de Ponto, substitui, para todos os efeitos, o Quadro de Horário de Trabalho e Ficha de Horário de Trabalho Externo."

tilibra CÓD. 15019 TIPO RB

	HORAS	A R$	TOTAIS
NORMAIS			R$
EXTRAS			R$
DESC. REMUN.			R$

SOMA R$

INSS ..... R$

I.R. - FONTE (DEDUÇÕES)* ..... R$

VALOR I.R. - F ..... R$

..... R$

TOTAL DOS DESCONTOS ..... R$

SALÁRIO-FAMÍLIA ..... R$

SALDO A RECEBER ..... R$

2ª QUINZENA

H. Nor. DIAS	MANHÃ Entrada	MANHÃ Saída	TARDE Entrada	TARDE Saída	EXTRA Entrada	EXTRA Saída	Horas Extras
16	7	11:3	13	12:3			
17	7	11:3	13	17.3			
18	7	11:3	13	17:3			
19	7	11.3	13	17.3			
20	Feriado						
21	Domingo.						
22	7	11:3	13	12:3			
23	7	11.3	13	12.3			
24	7	11:3	13	12:3			
25	7	11:3	13	17:3			
26	7	11:3	13	12:3			
27	7	12:04					
28	Domingo.						
29	7	11:3	13	17:3			
30	7	11:3	13	17.3			
31							

Recebi o saldo acima mencionado

DATA / / Assinatura do Empregado

REGISTRO DE OCORRÊNCIAS:

Nº ORDEM

EMPREGADOR OU RAZÃO SOCIAL Califórnia

C.N.P.J.

ATIVIDADE ECONÔMICA

EMPREGADO Cristiane

Nº REGISTRO

Nº CTPS

FUNÇÃO

LOCAL DO TRABALHO

1ª QUINZENA

MÊS novembro

ANO 2021

Hor. de Trab. ENTRADA	INTERVALO PARA REFEIÇÃO	SAÍDA	REPOUSO SEMANAL

H. Nor. DIAS	MANHÃ Entrada	MANHÃ Saída	TARDE Entrada	TARDE Saída	EXTRA Entrada	EXTRA Saída	Horas Extras
1	7:3	11:3	13	17.3			
2	Feriado						
3	7	11.3	13.	17:3			
4	7	11:3	13	17:3			
5	7	11:3	13	17.3			
6	7	12:00					
7	Domingo						
8	7	11:3	13	12:3			
9	7	11:3	13	17:3			
10	7	11:3	13	17.3			
11	7	11:3	13	17:3			
12	7	11:3	13	17:3			
13	7	12:0					
14	Domingo						
15	Feriado						

"De conformidade com a Portaria Mtb nº 3626/91 de 13/11/91, este Cartão de Ponto, substitui, para todos os efeitos, o Quadro de Horário de Trabalho e Ficha de Horário de Trabalho Externo."

tilibra CÓD. 15019 TIPO RB

PREFEITURA DE SORRISO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE SORRISO

Secretaria de Saude

Atestado

ATESTADO

Atesto para os devidos fins que **LENILSON LUCAS FRANCISCO** recebeu atendimento neste serviço no dia **09/11/2021**, e necessita afastamento de suas atividades por **2** dias, a partir de **09/11/2021**.

É vedado ao médico ou odontólogo revelar o CID diagnóstico, salvo se autorizado pelo paciente ou responsável legal, conforme art. 73 do código de ética médica.

Diagnóstico: S071

Autorizo a divulgação do diagnóstico (CID)

LENILSON LUCAS FRANCISCO
ou responsável legal.

FRANCIELI GUARNIERI

CRM: 10078

49448

Emitido em: 09/11/2021

Nº ORDEM	EMPREGADOR OU RAZÃO SOCIAL
C.N.P.J.	ATIVIDADE ECONÔMICA
EMPREGADO: ROSALIA PEREIRA DE OLIVEIRA	
Nº REGISTRO	Nº CTPS / FUNÇÃO
LOCAL DO TRABALHO	1ª QUINZENA
MÊS	ANO

Hor. de Trab.	ENTRADA	INTERVALO PARA REFEIÇÃO	SAÍDA	REPOUSO SEMANAL

H. Nor. DIAS	MANHÃ		TARDE		EXTRA	
	Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída
1	05:00	09:00	11:00	15:00		
2	Feriado					
3	05:00	09:00	11:00	15:00		
4	05:00	09:00	11:00	15:00		
5	05:00	09:00	11:00	15:00		
6	05:00	09:00	—	—		
7	Domingo					
8	05:00	09:00	11:00	15:00		
9	05:00	09:00	11:00	15:00		
10	05:00	09:00	11:00	15:00		
11	05:00	09:00	11:00	15:00		
12	05:00	09:00	11:00	15:00		
13	09:00	09:00	—	—		
14	Domingo					
15	Feriado					

"De conformidade com a Portaria Mtb nº 3626/91 de 13/11/91, este Cartão de Ponto, substitui, para todos os efeitos, o Quadro de Horário de Trabalho e Ficha de Horário de Trabalho Externo."

tilibra CÓD. 15019 TIPO RB

2ª QUINZENA

	HORAS	A R$	TOTAIS
NORMAIS			R$
EXTRAS			R$
DESC. REMUN.			R$

SOMA R$

INSS R$

I.R. - FONTE (DEDUÇÕES) R$

VALOR I.R. - F R$

R$

TOTAL DOS DESCONTOS R$

SALÁRIO-FAMÍLIA R$

SALDO A RECEBER R$

H. Nor. DIAS	MANHÃ		TARDE		EXTRA		Horas Extras
	Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída	
16	05:00	09:00	11:00	15:00			
17	05:00	09:00	11:00	15:00			
18	05:00	09:00	11:00	15:00			
19	ATESTADO						
20	Feriado						
21	Domingo						
22	ATESTADO						
23	ATESTADO						
24	05:00	09:00	11:00	15:00			
25	05:00	09:00	11:00	15:00			
26	05:00	09:00	11:00	15:00			
27	05:00	09:00	—	—			
28	Domingo						
29	05:00	09:00	11:00	15:00			
30	05:00	09:00	11:00	15:00			
31	—	—	—	—			

Recebi o saldo acima mencionado

DATA / /

Assinatura do Empregado

REGISTRO DE OCORRÊNCIAS:

ATESTADO

Atesto para os devidos fins que **ROSALIA PEREIRA DE OLIVEIRA** recebeu atendimento neste serviço no dia **18/11/2021**, e necessita afastamento de suas atividades por **5** dias, a partir de **18/11/2021**.
É vedado ao médico ou odontólogo revelar o CID diagnóstico, salvo se autorizado pelo paciente ou responsável legal, conforme art. 73 do código de ética médica.

Dr. Rodrigo S. Borges
Médico
CRM/MT 10.892

RODRIGO DA SILVA BORGES
CRM: 10892

50271

Emitido em: 18/11/2021

	HORAS	A R$	TOTAIS
NORMAIS			R$
EXTRAS			R$
DESC. REMUN.			

SOMA R$ _____

INSS ..... R$ _____
I.R. - FONTE (DEDUÇÕES) ..... R$ _____
VALOR I.R. - F ..... R$ _____
..... R$ _____
TOTAL DOS DESCONTOS ..... R$ _____
SALÁRIO-FAMÍLIA ..... R$ _____

SALDO A RECEBER ..... R$ _____

2ª QUINZENA

H. Nor. DIAS	MANHÃ Entrada	MANHÃ Saída	TARDE Entrada	TARDE Saída	EXTRA Entrada	EXTRA Saída	Horas Extras
16	marcelo	7:1	11:30	13:	17:30		
17	7.	11:3	13.	17:30	marcelo		
18	7:	11.3	13.	17.30	marcelo		
19	7	113	13	1730	marcelo		
20	Feriado						
21	Domingo						
22	7 00	11:30	13.	17.30	marcelo		
23	7:	11.3	13:	17:30	marcelo		
24	7:	11: 3	13.	17:3	marcelo		
25	7	11:3	13.	17 3	marcelo		
26	7.	11:	13	17:30	marcelo		
27	7:	12:			marcelo		
28	Domingo						
29	7.	11:3	13:	17:30	marcelo		
30							
31							

Recebi o saldo acima mencionado

DATA / / marcelo
Assinatura do Empregado

REGISTRO DE OCORRÊNCIAS:

Nº ORDEM | EMPREGADOR OU RAZÃO SOCIAL

C.N.P.J. | ATIVIDADE ECONÔMICA

EMPREGADO Marcelo Oliveira

Nº REGISTRO | Nº CTPS | FUNÇÃO

LOCAL DO TRABALHO | 1ª QUINZENA

MÊS novembro | ANO

Hor. de Trab. ENTRADA | INTERVALO PARA REFEIÇÃO | SAÍDA | REPOUSO

H. Nor. DIAS	MANHÃ Entrada	MANHÃ Saída	TARDE Entrada	TARDE Saída	EXTRA Entrada	EXTRA Saída
1	7:00	11.3	13:	17.3	marcelo	
2	Feriado					
3	7.	11.3	13	17.3	marcelo	
4	7:	11.3	13.	17:3	marcelo	
5	7.	11.3	13.	17.30	marcelo	
6	7:	12:			marcelo	
7	Domingo					
8	07:	11:30	13.30	17.30	marcelo	
9	07:	11 30	13.30	17:30	marcelo	
10	7:	11:30	13:	17:30	marcelo	
11	7.	11:3	13	17:30	marcelo	
12	7:	11:3	13	17 30	marcelo	
13	7:	12:00			marcelo	
14	Domingo					
15	Feriado					

"De conformidade com a Portaria Mtb nº 3626/91 de 13/11/91, este Cartão de Ponto, substitui, para todos os efeitos, o Quadro de Horário de Trabalho e Ficha de Horário de Trabalho Externo."

tilibra COD. 15019 TIPO RB

	HORAS	A R$	TOTAIS
NORMAIS			R$
EXTRAS			R$
DESC. REMUN.			R$

SOMA R$

INSS R$

I.R. - FONTE (DEDUÇÕES) R$

VALOR I.R. - F R$

R$

TOTAL DOS DESCONTOS R$

SALÁRIO-FAMÍLIA R$

SALDO A RECEBER R$

2ª QUINZENA

H. Nor. DIAS	MANHÃ		TARDE		EXTRA		Horas Extras
	Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída	
16	05:00	09:00	11:00	15:00			
17	05:00	09:00	11:00	15:00			
18	05:00	09:00	11:00	15:00			
19	05:00	09:00	11:00	15:00			
20	Feriado						
21	Domingo						
22	05:00	09:00	11:00	15:00			
23	05:00	09:00	11:00	15:00			
24	05:00	09:00	11:00	15:00			
25	05:00	09:00	11:00	15:00			
26	05:00	09:00	11:00	15:00			
27	05:00	09:00	—	—			
28	Domingo						
29	05:00	09:00	11:00	15:00			
30	05:00	09:00	11:00	15:00			
31	—	—	—	—			

Recebi o saldo acima mencionado

DATA / / Beatriz dos Santos

Assinatura do Empregado

REGISTRO DE OCORRÊNCIAS:

Nº ORDEM | EMPREGADOR OU RAZÃO SOCIAL

C.N.P.J. | ATIVIDADE ECONÔMICA

EMPREGADO Beatriz dos Santos

Nº REGISTRO | Nº CTPS | FUNÇÃO

LOCAL DO TRABALHO | 1ª QUINZENA

MÊS Novembro | ANO

Hor. de Trab. | ENTRADA | INTERVALO PARA REFEIÇÃO | SAÍDA | REPOUSO SEMA

H. Nor. DIAS	MANHÃ		TARDE		EXTRA	
	Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída
1	05:00	09:00	11:00	15:00		
2	Feriado					
3	05:00	09:00	11:00	15:00		
4	05:00	09:00	11:00	15:00		
5	05:00	09:00	11:00	15:00		
6	05:00	09:00	—	—		
7	Domingo					
8	05:00	09:00	11:00	15:00		
9	05:00	09:00	11:00	15:00		
10	05:00	09:00	11:00	15:00		
11	05:00	09:00	11:00	15:00		
12	05:00	09:00	11:00	15:00		
13	05:00	09:00	11:00	15:00		
14	Domingo					
15	Feriado					

"De conformidade com a Portaria Mtb nº 3626/91 de 13/11/91, este Cartão de Ponto, substitui, para todos os efeitos, o Quadro de Horário de Trabalho e Ficha de Horário de Trabalho Externo."

tilibra CÓD. 15019 TIPO RB

RELAÇÃO DOS TRABALHADORES CONSTANTES NO ARQUIVO SEFIP
MODALIDADE : "BRANCO"-RECOLHIMENTO AO FGTS E DECLARAÇÃO À PREVIDÊNCIA

858000000569 563001792113 207659050803 600915400012

EMPRESA: CALIFORNIA MUDAS LTDA
COMP: 11/2021 COD REC: 115 COD GPS: 2003 FPAS: 515 OUTRAS ENT: SIMPLES: 2 RAT: 0,0 INSCRIÇÃO: 06.009.154/0001-20
TOMADOR/OBRA: FAP: 0,50 RAT AJUSTADO: 0,00
INSCRIÇÃO:

NOME TRABALHADOR	PIS/PASEP/CI	ADMISSÃO	CAT	OCOR	DATA/COD MOVIMENTAÇÃO	CBO
REM SEM 13° SAL	REM 13°SAL	BASE CÁL 13°SAL PREV SOC	CONTRIB SEG DEVIDA		DEPÓSITO	JAM
		BASE CÁL PREV SOCIAL				
FRANCISCO JORDECI DE ANDRADE	135.23029.42-1	13/04/2021	01			07842
1.888,18	706,00	0,00	153,43		207,54	0,00
FRANCISCO PEREIRA DA CONCEICAO	130.52464.42-5	21/07/2021	01			06220
1.378,28	287,14	0,00	107,54		133,24	0,00
GEOVANA KAROLEM CARDOSO DE ARAUJO	212.88735.62-8	04/08/2021	01			06220
1.378,46	259,32	0,00	107,56		131,02	0,00
IRONEIDE PEREIRA	162.48765.20-1	11/10/2021	01			05142
1.244,16	155,52	0,00	95,47		111,98	0,00
JACIANE PEREIRA	162.17569.17-6	21/07/2021	01			06220
1.377,14	259,22	0,00	107,44		130,91	0,00
JOSE ARNALDO SILVA	162.95435.19-0	09/08/2021	01			06220
1.378,48	287,18	0,00	107,56		133,26	0,00
JOSE RIBAMAR SOUSA	201.07561.68-3	16/08/2021	01			06220
1.378,28	287,14	0,00	107,54		133,23	0,00
LEIDMAR ALVES DA SILVA	164.89599.36-9	21/07/2021	01			05142
1.244,25	259,22	0,00	95,48		120,27	0,00
LENILSON LUCAS FRANCISCO	128.71620.64-6	16/08/2021	01			06220
1.314,41	287,19	0,00	101,79		128,13	0,00
LUCIENE DA SILVA NASCIMENTO	210.00085.29-7	10/08/2021	01			05142
1.154,44	259,20	0,00	87,39		113,09	0,00
LUIS CARLOS SILVA PINHEIRO	139.82784.62-9	27/07/2021	01			05142
1.115,20	259,36	0,00	83,86		109,97	0,00
LUIZ MONTEIRO SOBRAL	122.87076.90-7	21/09/2021	01			06220
1.377,55	172,19	0,00	107,47		123,98	0,00
LUIZ ROBERTO ALVES DE OLIVEIRA	127.61834.38-2	16/10/2021	01			06220
1.377,00	172,13	0,00	107,43		123,94	0,00
MARCAL DE SOUSA	209.27423.72-8	26/08/2021	01			06220
1.377,94	229,66	0,00	107,51		128,60	0,00
MARCELO OLIVEIRA	164.46526.25-4	01/11/2021	01			06220
1.678,33	0,00	0,00	134,54		134,26	0,00

MINISTÉRIO DA FAZENDA - MF

GFIP - SEFIP 8.40 (30/07/2021) TABELAS 42.0 (15/01/2021)

DATA: 30/11/2021
HORA: 14:38:35
PÁG : 0001

COMPROVANTE DE DECLARAÇÃO DAS CONTRIBUIÇÕES A RECOLHER À PREVIDÊNCIA SOCIAL E A OUTRAS ENTIDADES E FUNDOS POR FPAS EMPRESA

EMPRESA: CALIFORNIA MUDAS LTDA — Nº CONTROLE: P1TRTApkgV80000-4 — Nº ARQUIVO: BbQHeWFSN1h0000-6

COMP: 11/2021 COD REC: 115 COD GPS: 2003 FPAS: 515 OUTRAS ENT: SIMPLES: 2 ALIQ RAT: 0,0 FAP: 0,50 RAT AJUSTADO: 0,00

TOMADOR/OBRA: INSCRIÇÃO: INSCRIÇÃO: 06.009.154/0001-20

LOGRADOURO: RUA PORTO SEGURO 838 BAIRRO: AREA DE EXPANSAO URECNAE PREPONDERANTE: 4789002

CIDADE: SORRISO UF: MT CEP: 78898-899 TELEFONE: 0066-35451171 CNAE: 4789002

APURAÇÃO DO VALOR A RECOLHER:	515	620	744	779	TOTAL
SEGURADO					
Empregados/Avulsos	4.770,97	0,00	0,00	0,00	4.770,97
Contribuintes Individuais	121,00	0,00	0,00	0,00	121,00
EMPRESA					
Empregados/Avulsos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Contribuintes Individuais	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
RAT	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
RAT - Agentes Nocivos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Valores Pagos a Cooperativas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Adicional Cooperativas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Comercialização Produção	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Evento Desportivo/Patrocínio	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
RECOLHIMENTO COMP ANT - VALOR INSS	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
(-) Retenção Lei 9.711/98	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
(-) Sal. Família/Sal. Maternidade	565,68	0,00	0,00	0,00	565,68
(-) Compensação	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
VALOR A RECOLHER - PREVIDÊNCIA SOCIAL	4.326,29	0,00	0,00	0,00	4.326,29
OUTRAS ENTIDADES	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
RECOLH COMP ANT - VALOR OUT ENTID	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
VALOR A RECOLHER - OUTRAS ENTIDADES	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
TOTAL A RECOLHER	4.326,29	0,00	0,00	0,00	4.326,29

(*) Os valores de retenção, salário-família/salário-maternidade e compensação demonstrados são os efetivamente abatidos.

A DECLARAÇÃO DE DADOS CONSTANTES DESTA GFIP E DO ARQUIVO SEFIP CORRESPONDENTE A CONTRIBUIÇÃO PREVIDENCIÁRIA, EQUIVALE A CONFISSÃO DE DÍVIDA DOS VALORES DELA DECORRENTES E CONSTITUI(EM)CRÉDITO(S) PASSÍVEL(IS) DE INSCRIÇÃO EM DÍVIDA ATIVA, NA AUSÊNCIA DO OPORTUNO RECOLHIMENTO OU PARCELAMENTO,E CONSEQUENTE EXECUÇÃO JUDICIAL NOS TERMOS DA LEI No 6.830/80.

O EMPREGADOR/CONTRIBUINTE, RENUNCIANDO EXPRESSAMENTE A QUALQUER CONTESTAÇÃO QUANTO AO VALOR E PROCEDÊNCIA DESTA DECLARAÇÃO/DÍVIDA, ASSUME INTEGRAL RESPONSABILIDADE PELA EXATIDÃO DO MONTANTE DECLARADO E CONFESSADO, FICANDO, ENTRETANTO, RESSALVADO A SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL O DIREITO DE APURAR, A QUALQUER TEMPO, A EXISTÊNCIA DE OUTRAS IMPORTANCIAS DEVIDAS NÃO INCLUÍDAS NESTE INSTRUMENTO, AINDA QUE RELATIVAS AO MESMO PERÍODO.

O EMPREGADOR/CONTRIBUINTE RECONHECE QUE A PRESENTE CONFISSÃO DE DÍVIDA NÃO OBRIGA A SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL A EXPEDIR DOCUMENTO COMPROBATÓRIO DA INEXISTÊNCIA DE DÉBITO, SALVO SE SEU CRÉDITO FOR GARANTIDO NA FORMA DOS ARTS. 258 E 259 DO REGULAMENTO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL, APROVADO PELO DECRETO 3.048, DE 12/05/1999, E ALTERAÇÕES POSTERIORES.

RELAÇÃO DOS TRABALHADORES CONSTANTES NO ARQUIVO SEFIP
MODALIDADE : "BRANCO"-RECOLHIMENTO AO FGTS E DECLARAÇÃO À PREVIDÊNCIA

858000000569 563001792113 207659050803 600915400012

EMPRESA: CALIFORNIA MUDAS LTDA
COMP: 11/2021 COD REC: 115 COD GPS: 2003 FPAS: 515 OUTRAS ENT: SIMPLES: 2 RAT: 0,0 INSCRIÇÃO: 06.009.154/0001-20 FAP: 0,50 RAT AJUSTADO: 0,00
TOMADOR/OBRA: INSCRIÇÃO:

NOME TRABALHADOR	PIS/PASEP/CI	ADMISSÃO	CAT	OCOR	DATA/COD MOVIMENTAÇÃO		CBO
REM SEM 13° SAL	REM 13°SAL	BASE CÁL 13°SAL PREV SOC	CONTRIB SEG DEVIDA			DEPÓSITO	JAM
		BASE CÁL PREV SOCIAL					
EDNALDO SILVA MAIA	128.19843.37-0	16/09/2021	01		01/11/2021	J	06220
45,91	229,56	229,56	20,65		22,04		0,00
TAINARA MARIA SILVA VELLOSO	203.44088.26-4	18/08/2021	01		09/11/2021	J	06220
432,13	267,72	267,72	52,47		55,98		0,00

RELAÇÃO DOS TRABALHADORES COM GRRF CONSTANTES NO ARQUIVO SEFIP
MODALIDADE : "BRANCO"-RECOLHIMENTO AO FGTS E DECLARAÇÃO À PREVIDÊNCIA

858000000569 563001792113 207659050803 600915400012

EMPRESA: CALIFORNIA MUDAS LTDA
COMP: 11/2021 COD REC: 115 COD GPS: 2003 FPAS: 515 OUTRAS ENT: SIMPLES: 2 RAT: 0,0 INSCRIÇÃO: 06.009.154/0001-20 FAP: 0,50 RAT AJUSTADO: 0,00
TOMADOR/OBRA: INSCRIÇÃO:

NOME TRABALHADOR		PIS/PASEP/CI	ADMISSÃO	CAT	OCOR	DATA/COD MOVIMENTAÇÃO		CBO
REM SEM 13° SAL	REM 13°SAL	BASE CÁL 13°SAL PREV SOC	CONTRIB SEG DEVIDA			DEPÓSITO		JAM
		BASE CÁL PREV SOCIAL						
PABLO MARQUES DE SOUSA		148.79671.92-0	23/08/2021	01		20/11/2021	I3	06220
624,74	246,77	246,77	65,35			0,00		0,00
ERIKA DOS SANTOS SILVA		212.25308.16-1	15/10/2021	01		13/11/2021	I3	05142
417,47	103,68	103,68	39,08			0,00		0,00

RELAÇÃO DOS TRABALHADORES CONSTANTES NO ARQUIVO SEFIP
MODALIDADE : "BRANCO"-RECOLHIMENTO AO FGTS E DECLARAÇÃO À PREVIDÊNCIA

858000000569 563001792113 207659050803 600915400012

EMPRESA: CALIFORNIA MUDAS LTDA — INSCRIÇÃO: 06.009.154/0001-20
COMP: 11/2021 COD REC: 115 COD GPS: 2003 FPAS: 515 OUTRAS ENT: SIMPLES: 2 RAT: 0,0 FAP: 0,50 RAT AJUSTADO: 0,00
TOMADOR/OBRA: INSCRIÇÃO:

NOME TRABALHADOR	PIS/PASEP/CI	ADMISSÃO	CAT	OCOR	DATA/COD MOVIMENTAÇÃO	CBO
REM SEM 13° SAL / REM 13°SAL	BASE CÁL 13°SAL PREV SOC / BASE CÁL PREV SOCIAL	CONTRIB SEG DEVIDA			DEPÓSITO	JAM
ADRIANO PEREIRA	160.31861.26-8	21/07/2021	01			06220
1.131,84 / 287,19	0,00	85,36			113,53	0,00
AMARILDO DE ASSIS NASCIMENTO	127.19586.40-6	20/07/2021	01			01412
1.839,55 / 383,24	0,00	149,05			177,83	0,00
AMBAR NATHALY BARRIOS GAETANO	143.06967.82-0	21/07/2021	01			06220
1.374,49 / 259,22	0,00	107,20			130,70	0,00
ANA PAULA SILVA DE OLIVEIRA	167.39221.37-6	28/09/2021	01			05142
1.244,16 / 155,52	0,00	95,47			111,97	0,00
ANA PAULA SILVERIO REIS	161.60772.79-2	13/10/2021	01			05142
1.244,16 / 155,52	0,00	95,47			111,98	0,00
BEATRIZ DOS SANTOS	161.31356.27-1	11/10/2021	01			05142
1.244,16 / 155,52	0,00	95,47			111,98	0,00
CLEIDE ROSA PEREIRA DO NASCIMENTO	168.25170.93-8	16/10/2021	01			05142
1.244,16 / 155,52	0,00	95,47			111,97	0,00
CRISTIANE BRUM OBANDO	129.59551.38-0	09/03/2021	01			04110
1.456,95 / 526,29	0,00	114,62			158,66	0,00
DALVA COSTA	212.25568.79-1	16/10/2021	01			05142
1.244,16 / 155,52	0,00	95,47			111,97	0,00
DANIEL FERNANDO DE OLIVEIRA	200.01778.90-5	23/08/2021	01			06220
1.995,48 / 345,60	0,00	163,09			187,28	0,00
DANIELE BENITI COELHO	160.22871.91-4	01/10/2021	01			06220
1.377,14 / 155,52	0,00	107,44			122,62	0,00
DEUVAIR PEREIRA DOS SANTOS	203.58651.62-4	16/10/2021	01			06220
1.377,55 / 172,19	0,00	107,47			123,97	0,00
ELIANE LOPES MAGALHAES	200.67496.74-6	21/10/2021	01			05142
1.244,91 / 103,75	0,00	95,54			107,89	0,00
ELIANE PINHEIRO SILVA	161.68630.29-6	26/07/2021	01			05142
1.093,24 / 259,32	0,00	81,99			108,21	0,00
FRANCISCO ALVES DOS SANTOS CARDOSO	161.81272.29-2	01/10/2018	01			06220
2.317,30 / 1.024,56	0,00	195,46			267,35	0,00

RELAÇÃO DOS TRABALHADORES CONSTANTES NO ARQUIVO SEFIP
MODALIDADE : "BRANCO"-RECOLHIMENTO AO FGTS E DECLARAÇÃO À PREVIDÊNCIA

858000000569 563001792113 207659050803 600915400012

EMPRESA: CALIFORNIA MUDAS LTDA
INSCRIÇÃO: 06.009.154/0001-20
COMP: 11/2021 COD REC: 115 COD GPS: 2003 FPAS: 515 OUTRAS ENT: SIMPLES: 2 RAT: 0,0 FAP: 0,50 RAT AJUSTADO: 0,00
TOMADOR/OBRA: INSCRIÇÃO:

NOME TRABALHADOR	PIS/PASEP/CI	ADMISSÃO	CAT	OCOR	DATA/COD MOVIMENTAÇÃO	CBO
REM SEM 13° SAL / REM 13°SAL	BASE CÁL 13°SAL PREV SOC / BASE CÁL PREV SOCIAL	CONTRIB SEG DEVIDA			DEPÓSITO	JAM
MARIA APARECIDA BENITI DA SILVA	163.72424.04-6	01/10/2021	01			05142
1.118,12 / 155,52	0,00	84,13			101,89	0,00
MARIA DAS GRACAS FORTES NETA	200.58154.70-6	21/07/2021	01			05142
1.031,07 / 259,22	0,00	77,33			103,22	0,00
MARIA DO ROSARIO FARIAS MENDES	163.69524.44-2	22/09/2021	01			05142
1.241,08 / 155,52	0,00	95,19			111,73	0,00
MARIA JOSE DE OLIVEIRA JOSE	119.84179.30-0	21/07/2021	01			05142
1.244,71 / 259,32	0,00	95,52			120,33	0,00
MARIA JOSE PINHEIRO	164.69665.41-2	27/07/2021	01			05142
1.244,71 / 259,32	0,00	95,52			120,32	0,00
MIDIAN MARCELINA FELIX	209.54604.26-6	21/07/2021	01			04110
1.951,67 / 357,37	0,00	159,15			184,72	0,00
OLANDIR DE SOUZA	135.76527.72-8	21/07/2021	01			07823
1.550,00 / 258,33	0,00	123,00			144,67	0,00
RAQUEL DA SILVA OLIVEIRA	168.67238.98-0	22/09/2021	01			05142
1.243,17 / 155,59	0,00	95,38			111,90	0,00
RONE JARDEL SIDES	166.34751.75-8	06/11/2021	01			05142
1.044,49 / 0,00	0,00	78,33			83,55	0,00
ROSALIA PEREIRA DE OLIVEIRA	190.20927.97-6	28/09/2021	01			05142
1.236,47 / 155,52	0,00	94,78			111,35	0,00
SARA MOTA COSTA	201.31858.26-7	05/08/2021	01			06220
1.378,46 / 259,32	0,00	107,56			131,02	0,00
VANDERLEYA SOUSA DE FREITAS	128.22840.42-5	06/10/2021	01			05142
1.244,16 / 155,52	0,00	95,47			111,98	0,00
ZELIA COSTA RAMOS	165.83186.00-5	23/07/2021	01			05142
1.244,25 / 259,22	0,00	95,48			120,27	0,00

RELAÇÃO DOS TRABALHADORES CONSTANTES NO ARQUIVO SEFIP
MODALIDADE : "BRANCO"-RECOLHIMENTO AO FGTS E DECLARAÇÃO À PREVIDÊNCIA

858000000569 563001792113 207659050803 600915400012

EMPRESA: CALIFORNIA MUDAS LTDA
COMP: 11/2021 COD REC: 115 COD GPS: 2003 FPAS: 515 OUTRAS ENT: SIMPLES: 2 RAT: 0,0
INSCRIÇÃO: 06.009.154/0001-20
FAP: 0,50 RAT AJUSTADO: 0,00
TOMADOR/OBRA: INSCRIÇÃO:

NOME TRABALHADOR		PIS/PASEP/CI	ADMISSÃO	CAT	OCOR	DATA/COD MOVIMENTAÇÃO	CBO
REM SEM 13° SAL	REM 13°SAL	BASE CÁL 13°SAL PREV SOC	CONTRIB SEG DEVIDA			DEPÓSITO	JAM
		BASE CÁL PREV SOCIAL					
ROSIMERI DOS PASSOS TOGNI		125.29393.89-5	01/09/2018	11			04110
1.100,00	0,00	0,00	121,00			0,00	0,00

TOTAIS DA EMPRESA/TOMADOR					
61.483,96	11.712,45	847,73	4.891,97	5.656,30	0,00

RELAÇÃO DOS TRABALHADORES CONSTANTES NO ARQUIVO SEFIP
RESUMO DO FECHAMENTO - EMPRESA
MODALIDADE : "BRANCO"-RECOLHIMENTO AO FGTS E DECLARAÇÃO À PREVIDÊNCIA

858000000569 563001792113 207659050803 600915400012

EMPRESA: CALIFORNIA MUDAS LTDA
Nº DE CONTROLE: P1TRTApkgV80000-4
Nº ARQUIVO: BbQHeWFSN1h0000-6
INSCRIÇÃO: 06.009.154/0001-20
COMP: 11/2021 COD REC: 115 COD GPS: 2003 FPAS: 515 OUTRAS ENT: SIMPLES: 2 RAT: 0,0
FAP: 0,50 RAT AJUSTADO: 0,00
TOMADOR/OBRA:
INSCRIÇÃO:
LOGRADOURO: RUA PORTO SEGURO 838
BAIRRO: AREA DE EXPANSAO URB
CNAE PREPONDERANTE 4789002
CIDADE: SORRISO
UF: MT
CEP: 78898-899
CNAE: 4789002

CAT	QUANT	REMUNERAÇÃO SEM 13º	REMUNERAÇÃO 13º	BASE CÁL PREV SOC	BASE CÁL 13º PREV SOC
01	47	59.341,75	11.362,00	60.383,96	847,73
11	1	1.100,00	0,00	1.100,00	0,00
TOTAIS:	48	60.441,75	11.362,00	61.483,96	847,73

RELAÇÃO DOS TRABALHADORES CONSTANTES NO ARQUIVO SEFIP
RESUMO DO FECHAMENTO - EMPRESA
FGTS

858000000569 563001792113 207659050803 600915400012

EMPRESA: CALIFORNIA MUDAS LTDA
Nº DE CONTROLE: P1TRTApkgV80000-4
Nº ARQUIVO: BbQHeWFSN1h0000-6
INSCRIÇÃO: 06.009.154/0001-20
COMP: 11/2021 COD REC: 115 COD GPS: 2003 FPAS: 515 OUTRAS ENT: SIMPLES: 2 RAT: 0,0
FAP: 0,50 RAT AJUSTADO: 0,00
TOMADOR/OBRA:
INSCRIÇÃO:
LOGRADOURO: RUA PORTO SEGURO 838
BAIRRO: AREA DE EXPANSAO URB
CNAE PREPONDERANTE 4789002
CIDADE: SORRISO UF: MT CEP: 78898-899
CNAE: 4789002

MODALIDADE : "Branco"-RECOLHIMENTO AO FGTS E DECLARAÇÃO À PREVIDÊNCIA

	FGTS - 8%
REMUNERAÇÃO SEM 13° SALÁRIO	59.341,75
REMUNERAÇÃO 13° SALARIO	11.362,00
QUANTIDADE TRABALHADORES	45

VALORES DO FGTS
DATA DE RECOLHIMENTO ATÉ 07/12/2021

DEPÓSITO FGTS	ENCARGOS FGTS	CONTRIB SOCIAL	ENCARGOS CONTRIB SOCIAL	TOTAL RECOLHER
5.656,30	0,00	0,00	0,00	5.656,30

RESUMO DAS INFORMAÇÕES À PREVIDÊNCIA SOCIAL CONSTANTES NO ARQUIVO SEFIP
EMPRESA

EMPRESA: CALIFORNIA MUDAS LTDA — Nº DE CONTROLE: P1TRTApkgV80000-4 — Nº ARQUIVO: BbQHeWFSN1h0000-6
COMP: 11/2021 COD REC: 115 COD GPS: 2003 FPAS: 515 OUTRAS ENT: SIMPLES: 2 RAT: 0,0 — INSCRIÇÃO: 06.009.154/0001-20 — FAP: 0,50 RAT AJUSTADO: 0,00
TOMADOR/OBRA: — INSCRIÇÃO:
LOGRADOURO: RUA PORTO SEGURO 838 — BAIRRO: AREA DE EXPANSAO URB — CNAE PREPONDERANTE 4789002
CIDADE: SORRISO — UF: MT — CEP: 78898-899 — TELEFONE: 0066 3545 1171 — CNAE: 4789002

VALOR DEV PREV SOC CALCULADO SEFIP:	4.326,29	CONTRIB SEGURADOS - DEVIDA:	4.891,97
SALÁRIO FAMÍLIA:	565,68	RECEITA EVENTO DESP/PATROCÍNIO:	0,00
SALÁRIO MATERNIDADE:	0,00	PERC DE ISENÇÃO DE FILANTROPIA:	0,00
VALORES PAGOS COOP TRABALHO - SEM ADICIONAL:	0,00	13º SALÁRIO MATERNIDADE:	0,00
VALORES PAGOS COOP TRABALHO - ADIC. 15 ANOS:	0,00	COM PRODUÇÃO PJ:	0,00
VALORES PAGOS COOP TRABALHO - ADIC. 20 ANOS:	0,00	COM PRODUÇÃO PF:	0,00
VALORES PAGOS COOP TRABALHO - ADIC. 25 ANOS:	0,00	VALOR DAS FATURAS EMITIDAS PARA O TOMADOR:	0,00

COMPENSAÇÃO
PERÍODO INICIAL: — PERÍODO FINAL: — VALOR SOLICITADO: 0,00
VALOR ABATIDO: 0,00 — VALOR A COMPENSAR: 0,00 — VALOR EXCEDENTE AO LIMITE DOS 30%: 0,00

RETENÇÃO (LEI 9.711/98)
VALOR INFORMADO: 0,00 — VALOR ABATIDO PELO SEFIP: 0,00 — VALOR A COMPENSAR/RESTITUIR: 0,00

BASE DE CÁLCULO APOSENTADORIA ESPECIAL/OCORRÊNCIA

15 ANOS:	0,00	20 ANOS:	0,00	25 ANOS:	0,00
QUANTIDADE:	0	QUANTIDADE:	0	QUANTIDADE:	0

QUANTIDADE DE MOVIMENTAÇÕES / CÓDIGOS

H :	0	I1:	0	I2:	0	I3:	2	I4:	0	I5:	0	J :	2	K :	0	L :	0	M :	0
N1:	0	N2:	0	N3:	0	O1:	0	O2:	0	O3:	0	P1:	0	P2:	0	P3:	0	Q1:	0
Q2:	0	Q3:	0	Q4:	0	Q5:	0	Q6:	0	Q7:	0	R :	0	R1:	0	S2:	0	S3:	0
T1:	0	T2:	0	U1:	0	U2:	0	U3:	0	V3:	0	W :	0	X :	0	X1:	0	Y :	0
Z1:	0	Z2:	0	Z3:	0	Z4:	0	Z5:	0	Z6:	0	Z6:	0						

CONECTIVIDADE SOCIAL

Protocolo de Envio de Arquivos

Prezado cliente ANCORA ASSESSORIA CONTABIL LTDA:08308048000173 .

Seu arquivo CkqkqF7GKjj00001.zip foi armazenado na Caixa Econômica Federal em 30/11/2021 às 15:43:18.

O número do Protocolo de Envio deste arquivo é:
C3E2D840D9D1D7F2404040404040404040DAB16372FAAD3E17.

Este protocolo é sua garantia de que o arquivo foi devidamente recebido e armazenado para processamento pela Caixa Econômica Federal.
Havendo ocorrências impeditivas no processamento do arquivo, será enviada uma nota explicativa para a sua caixa postal no Conectividade Social contendo a(s) ocorrência(s) encontrada(s) e as ações necessárias para a solução.

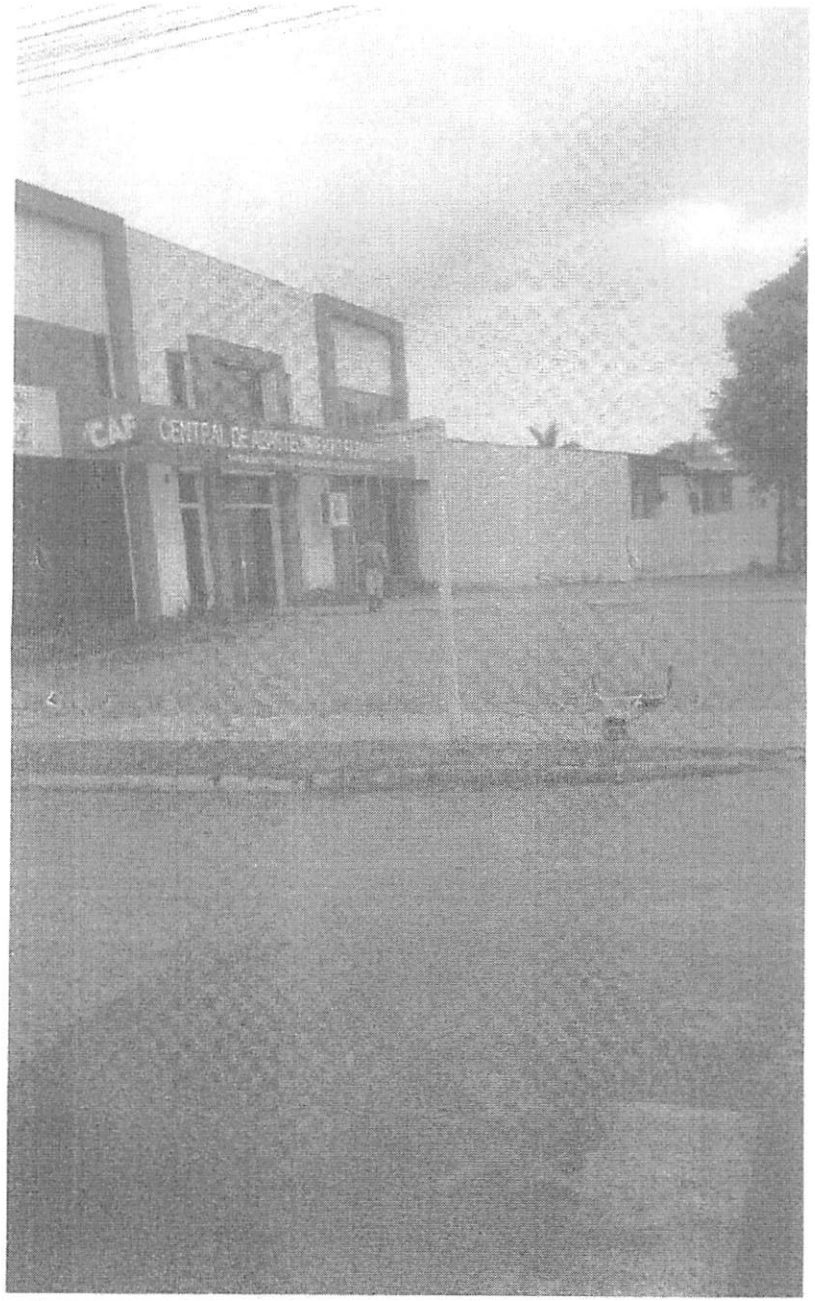
Informações Complementares:

Transmissor:	ANCORA ASSESSORIA CONTABIL LTDA:08308048000173
Inscrição Transmissor:	08.308.048/0001-73
Responsável:	ANCORA ASSESSORIA CONTABIL LTD
Inscrição Responsável:	08.308.048/0001-73
Competência:	11/2021
NRA:	CkqkqF7GKjj00001
Base de Processamento:	MT - Sorriso
Código de Recolhimento:	115
Contato:	TANIA MARIA SCARIOT
Telefone:	006635450026

Atenção: Este Protocolo de Envio de Arquivos não garante a legitimidade do conteúdo das informações.





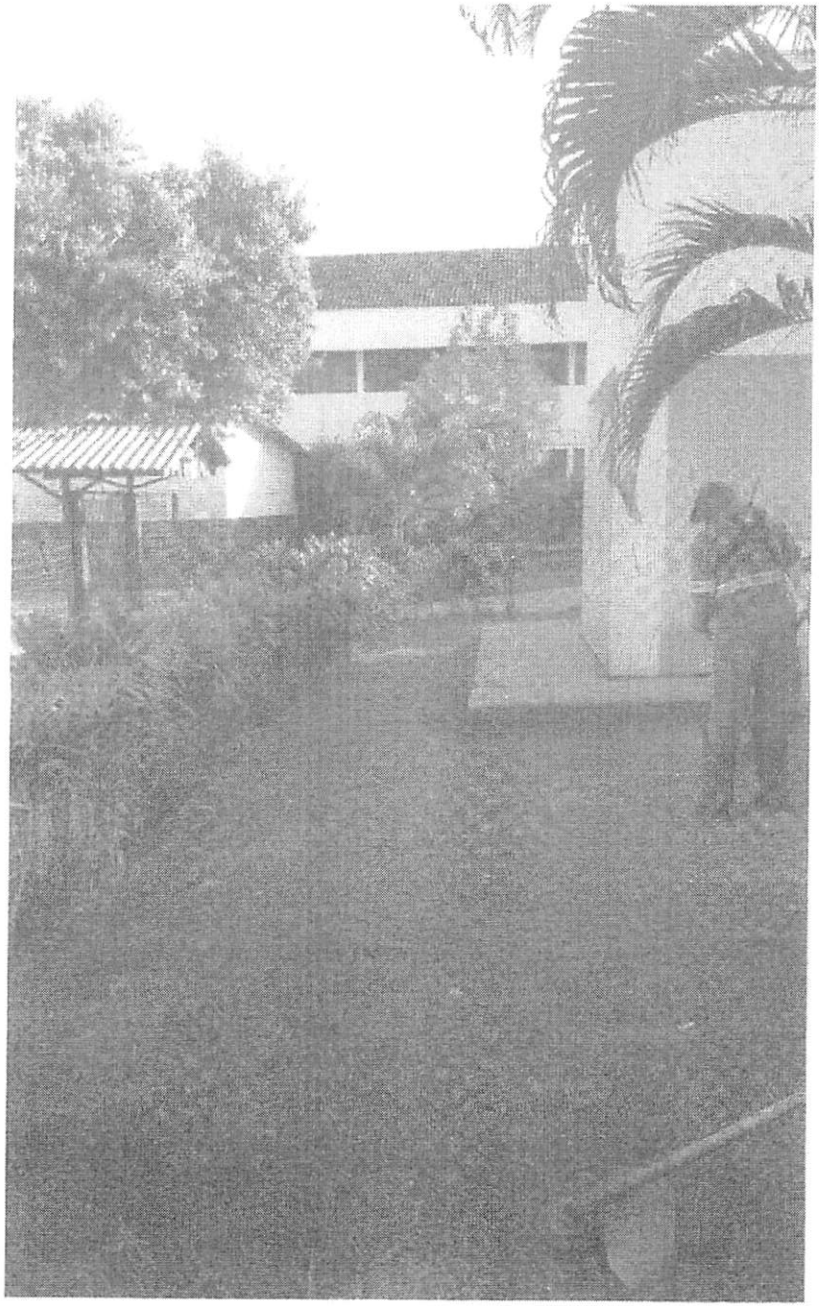

CAIC







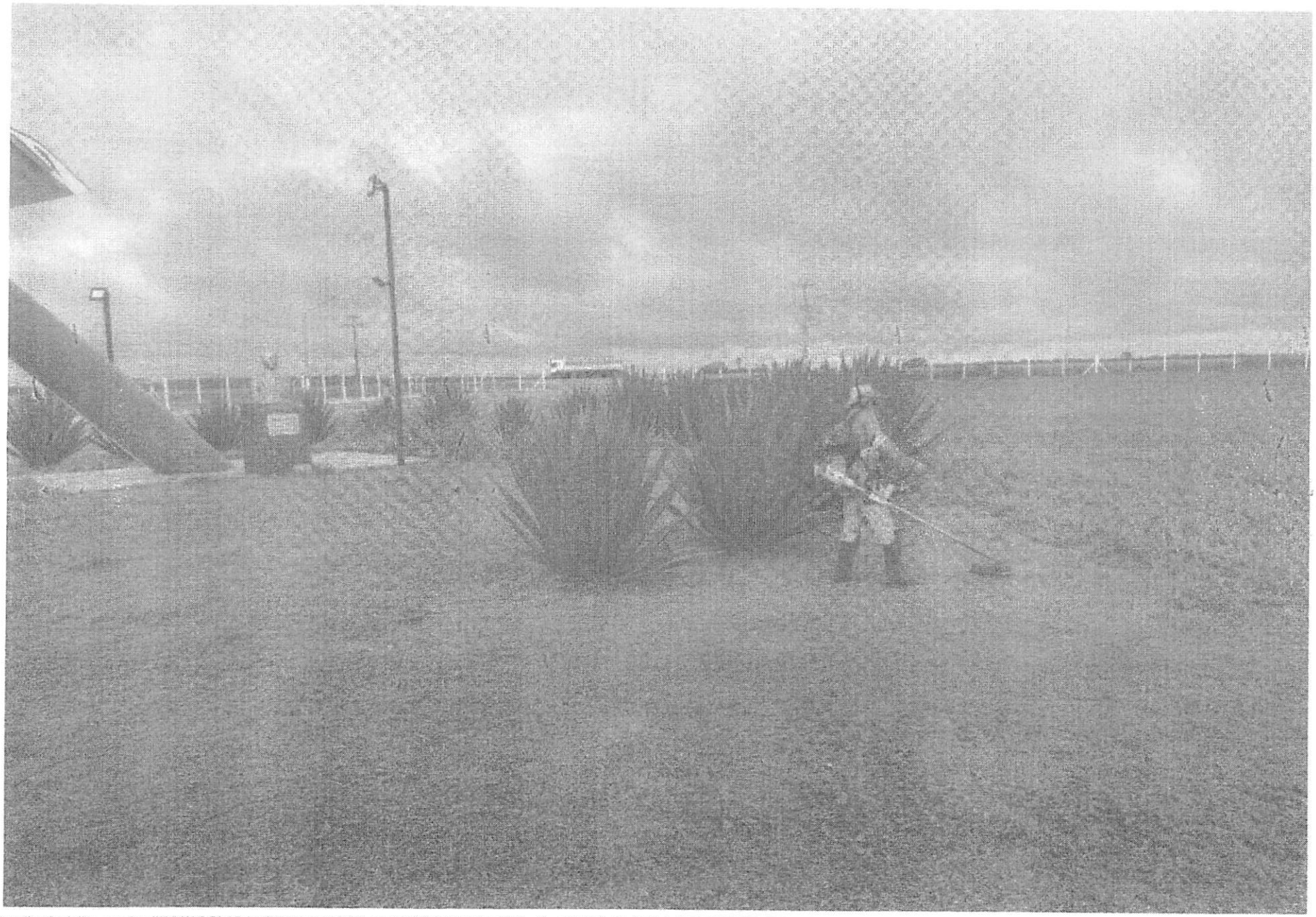








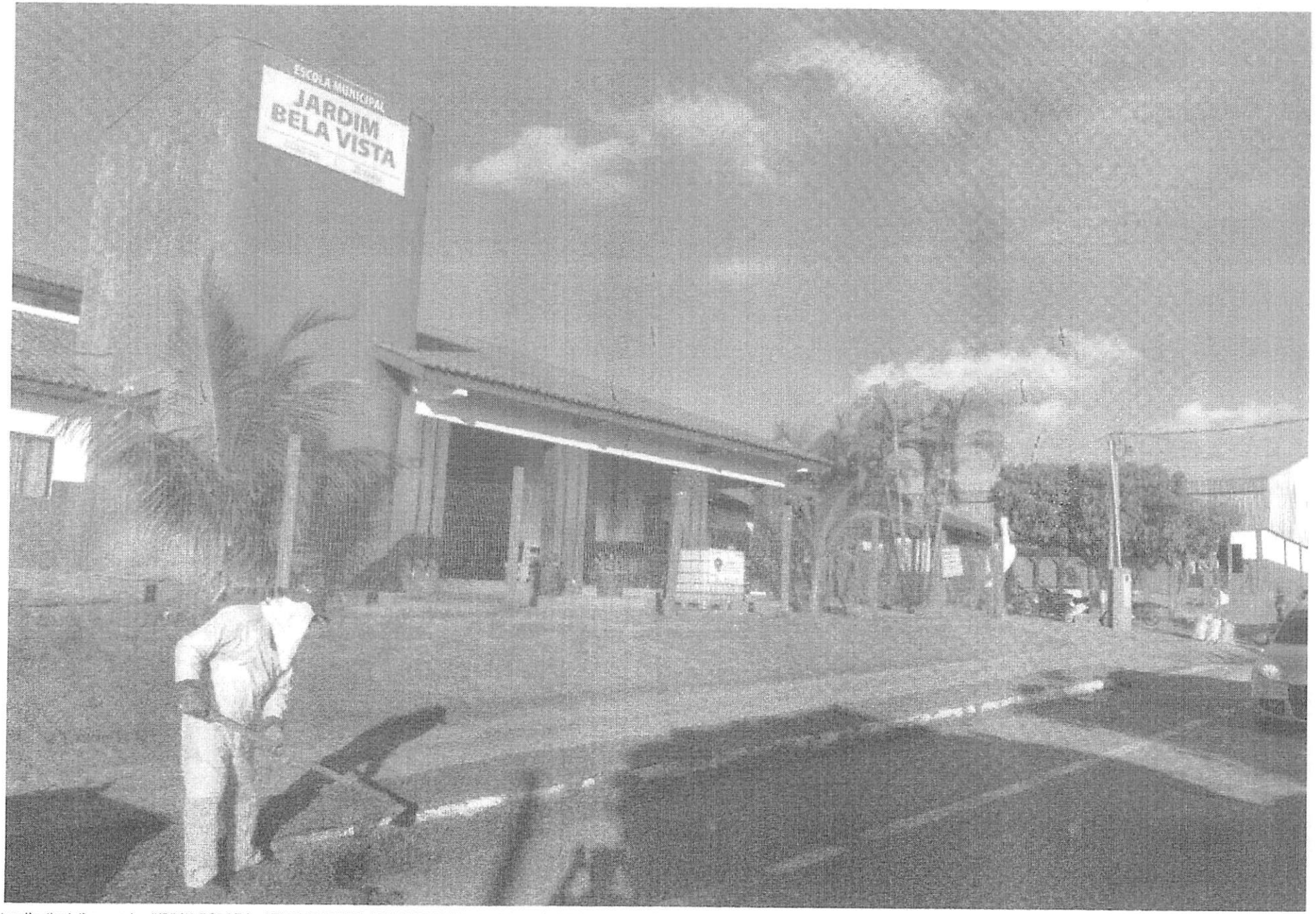









CEMEIS PRIMEIROS PASSOS

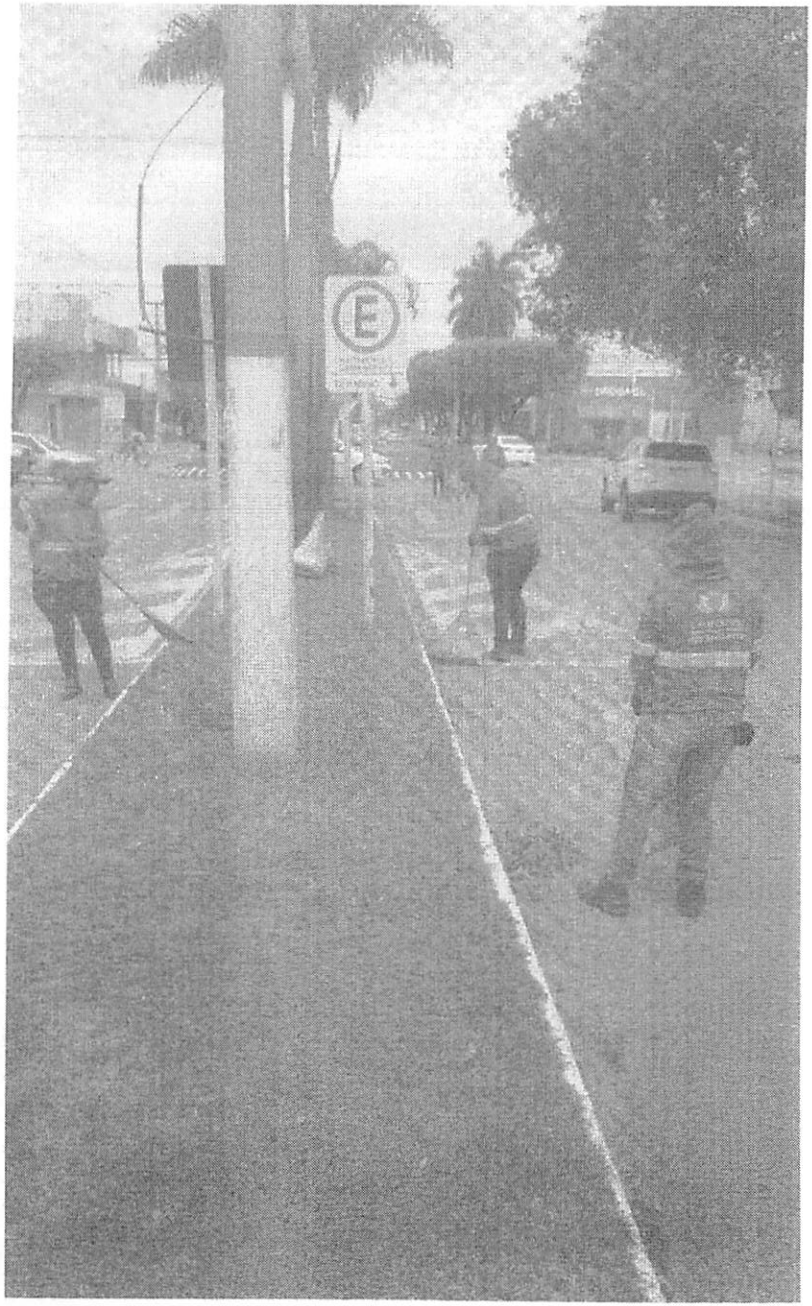

ESCOLA MUNICIPAL
JARDIM
BELA VISTA



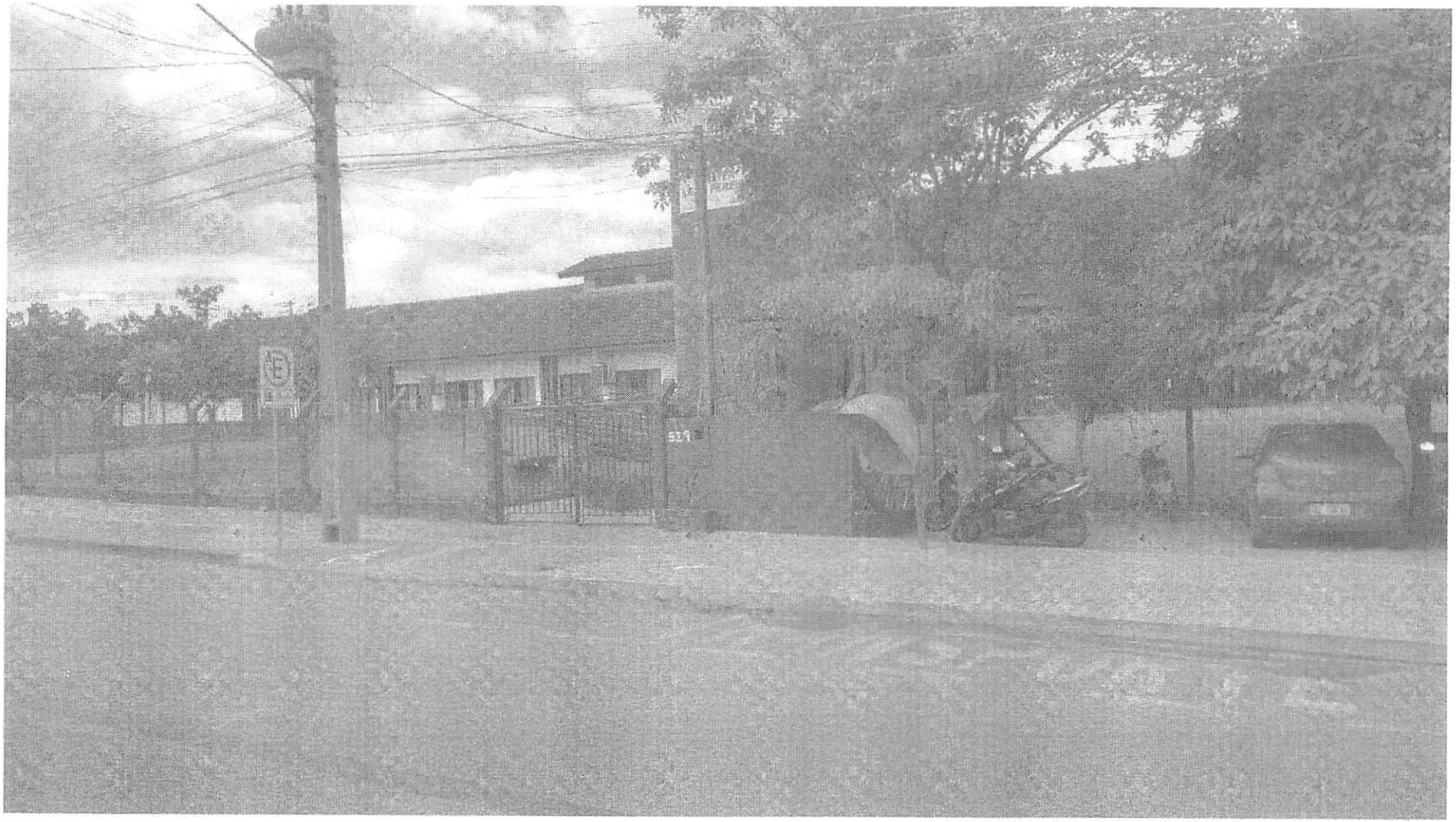





ÁREA DE EMBARQUE
PARC
VENTO



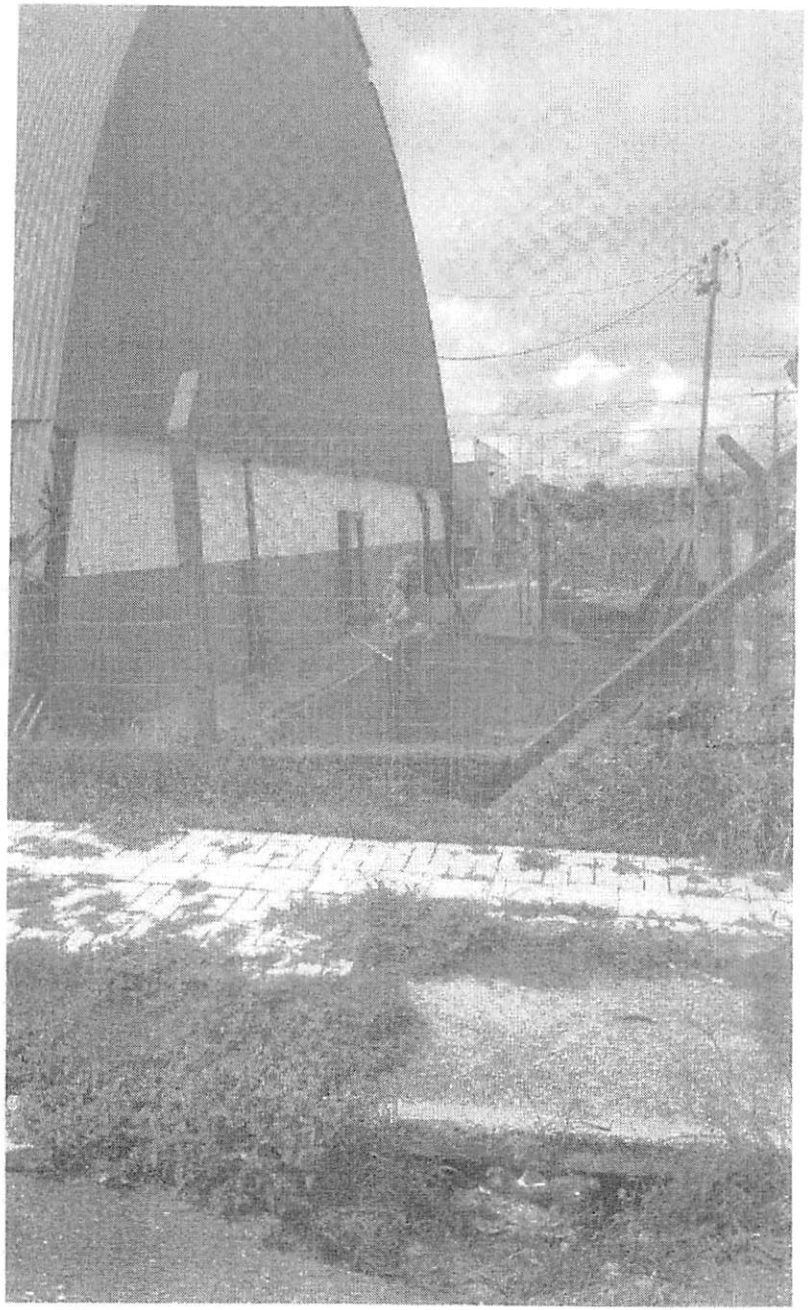

PRAÇA
RIVAL JOSE GONÇALVES
BAIRRO JARDIM CAROLINA




SORRISO
SECRETARIA DE OBRAS
16.11.2021 15:56
-12.55114, -55.75093 (±17m)
Altitude: 344m
Av. Sao Marcos, 457 - São José I, Sorriso - MT, 78890-000


GENTE
SABIDA


Secretaria Municipal de Educação e Cultura
ESCOLA MUNICIPAL
AURELIANO PEREIRA DA SILVA






AURELIANO
EIRA DA SILVA

Estado do Mato Grosso
PREFEITURA MUNICIPAL DE SORRISO
CNPJ 03.239.076/0001-62
Avenida Porto Alegre, n.° 2525 - Centro - CEP 78890-000
Fone (66) 3545-4700

CERTIFICADO DE REGISTRO CADASTRAL DE FORNECEDORES N.° 209/2021

Tipo: CRC - Certificado de Registro Cadastral

Emissão: 23/02/2021 Validade: 20/12/2021 Situação: Ativo

DADOS DO FORNECEDOR

Nome/ Raz. Social: CALIFORNIA MUDAS LTDA

CNPJ: 06.009.154/0001-20 Porte Empresarial: Microempresa (ME)

CNAE Principal: 47.8.9-0.02 - Comércio varejista de plantas e flores naturais

Logradouro: PORTO SEGURO Bairro: AREA DE EXPANSAO URBANA Nº: 838

Complemento: LOTE 37 QUADRA10-A Município: SORRISO Estado: MATO GROSSO

CEP: 78890-000 Telefone: (66) 35451171 Inscrição Estadual: Não Informado

DADOS DO DOCUMENTO

Titulo Documento	Numero	Emissão	Validade
CERTIDAO NEGATIVA DE REGULARIDADE DO FGTS	2021112101464160545574	21/11/2021	20/12/2021
CERTIDAO NEGATIVA DE DEBITO DE TRIBUTOS FEDERAIS	E9E5.2EF6.0E27.D2DF	02/08/2021	29/01/2022
CERTIDAO NEGATIVA DE DEBITOS TRABALHISTAS, FORNECIDA PELO PODER JUDICIARIO - JUSTICA DO TRABA	23333816	02/08/2021	28/01/2022
Alvará por econômico	11	05/01/2021	31/12/2021
CPDeN por contribuinte (Certidão Positiva de Débitos com efeito Negativa)	4714	30/11/2021	29/01/2022

CERTIFICADO

Certificamos que a empresa acima especificada se encontra inscrita no Registro Cadastral de Fornecedores da MUNICIPIO DE SORRISO para as atividades constantes no presente cadastro, estando em conformidade com a Lei 8.666/93 de 21 de junho de 1993.

O presente certificado não exime o Licitante da apresentação de documentos exigidos em edital especifico. A inscrição representada pelo presente Certificado não importa em obrigação de contratar, ficando o titular do mesmo sujeito aos procedimentos licitatórios pertinentes, quando for o caso.

Caso o prazo de validade de alguns dos documentos estiver expirado da data do ato licitatório, o presente cadastro será válido acompanhado da documentação atualizada.

Este Certificado não representa um atestado de fornecimento ou de desempenho. A manutenção do Registro Cadastral está condicionada ao seu desempenho e à regularização de sua situação, dados e informações cadastrais.

SORRISO - MT, quinta-feira, 2 de dezembro de 2021

Departamento de Compras

DOC ou TED Eletrônico

Debitado

Agência	1917-8
Conta corrente	4363-X PREFEITURA MUN DE SORRISO

Creditado

Banco	133 CRESOL CONFEDERAÇÃO
Agência (sem DV)	1698 AGENCIA SORRISO
Conta corrente (com DV)	119296
CNPJ	06.009.154/0001-20
Nome favorecido	CALIFORNIA MUDAS LTDA
Finalidade	CREDITO EM CONTA
Número documento	120.208
Valor	122.402,00
Destinação	0
Data transferência	02/12/2021
"C" - CNPJ diferente	
Autenticação SISBB	AA237370E37B172B

Assinada por	JB505563 ARI GENESIO LAFIN	02/12/2021 12:45:07
	J9067465 IVETE APARECIDA PEREIRA	02/12/2021 12:48:40

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: J9067465 IVETE APARECIDA PEREIRA.

PLANILHA DE CONTROLE DE PAGAMENTOS **CONTRATO Nº** **166/2021**

Contratada:	CALIFORNIA MUDAS LTDA
Objeto:	CONTRATAÇÃO DE EMPRESA PARAEXECUÇÃO DE SERVIÇO DE LIMPEZA E MANUTENÇÃO URBANA, COMPREENDENDOVARRIÇÃO MANUAL E MECÂNICA, CAPINA MANUAL, CORTE DE GRAMA, RETIRADA DEMONTUROS E ENTULHOS NAS RUAS, AVENIDAS, PRAÇAS E LOGRADOUROS PÚBLICOS.CONFORME CONDIÇÕES, QUANTIDADES NECESSÁRIAS, NO TERMO DE REFERÊNCIA EDEMAIS ANEXOS
Início:	15/07/2021
Vencimento:	15/07/2022

Valor Original:	R$ 1.498.800,00
Valor Aditivos:	R$ 0,00
Valor TOTAL:	R$ 1.498.800,00

Valor PAGO	R$ 533.399,92	**35,59%**
Resta PAGAR	R$ 965.400,08	**64,41%**

ADITIVOS

	DATA	Valor Aditivo	% valor original
1			0,00%
2			0,00%
3			0,00%
4			0,00%
5			0,00%
6			0,00%
7			0,00%
8			0,00%
9			0,00%
10			0,00%
11			0,00%
12			0,00%
13			0,00%
14			0,00%
15			0,00%
16			0,00%
17			0,00%
18			0,00%
19			0,00%
20			0,00%
	Valor total		**0,00%**

CONFERIDO
Gestor de Contrato

VALOR PAGO

	DATA	Valor PAGO	% valor total
1	AGOSTO/2021	R$ 124.900,00	8,33%
2	06/08/2021	R$ 33.799,92	2,26%
3	SETEMBRO/2021	R$ 124.900,00	8,33%
4	OUTUBRO/2021	R$ 124.900,00	8,33%
5	NOVEMBRO/2021	R$ 124.900,00	8,33%
6			0,00%
7			0,00%
8			0,00%
9			0,00%
10			0,00%
11			0,00%
12			0,00%
13			0,00%
14			0,00%
15			0,00%
16			0,00%
17			0,00%
18			0,00%
19			0,00%
20			0,00%
	Valor total	**R$ 533.399,92**	**35,59%**

PREFEITURA MUNICIPAL DE SORRISO
Avenida Porto Alegre, 0002525 - Centro
CNPJ 03.239.076/0001-62

NOTA DE LIQUIDACAO DE EMPENHO Nº 20743 Ref.Empenho Nº.: 009677/2021
Ref.Processo Nº: 000000/0000
Data de Emissao: 2/12/2021 Data do Empenho: 15/07/2021

CODIGO GERAL

Cod. Reduzido: 0228
Orgao.....: 05 - Sec. Municipal de Obras e Servicos Publicos
Unidade.....: 001 - Gabinete do Secretario
Funcao.....: 15 - URBANISMO
Subfuncao....: 452 - SERVICOS URBANOS
Programa.....: 0008 - DESENVOLVIMENTO DA INFRAESTRUTURA URBANA
Proj./Ativ...: 2100 - Execucao de Projetos de Coleta e Dest. do Lixo
Elemento.....: 339039000000 - OUTROS SERVICOS DE TERCEIROS PESSOA JURIDICA

Sub-Elemento.....: 78 - LIMPEZA E CONSERVACAO
Fonte de Rec.: 0100000000 - Recursos Ordinßrios

C R E D O R

Nome..: CALIFORNIA MUDAS LTDA Cod.....: 00004612
Ender.: AV NATALINO JOAO BRESCANSIN Nº: 002018 Licit...: /
Cidade: SORRISO UF: MT CNPJ/CPF: 06.009.154/0001.20
CEP...: 78.890.000 Insc.Est: 13.244.679-0
Banco.: 133 No C/C: 000000011929-6 Insc.Mun: 00000004232
Insc.Com:

DEMONSTRATIVO

Liquida-se a quantia de:

R$ CENTO E VINTE E QUATRO MIL E NOVECENTOS REAIS

Valor do Empenho.....R$		686.950,00
Saldo Anterior.....R$		278.450,08
Liquidacao 005 Parcela.....R$		124.900,00
Saldo a Liquidar.....R$		153.550,08

Proveniente de : VALOR QUE SE EMPENHA REF.(2021) SERVICOS DE LIMPEZA E MANUTENCAO URBANA (VARRICAO MANUAL E MECANICA/CAPINA,CORTE GRAMA,RETIRADA ENTULHOS), CONF. CONTRATO 166/2021, CONF. PREGAO PRESENCIAL 14/2021. VIGENCIA CONTRATUAL 15/07/2021 ATE 31/12/2021.

SORRISO, 2/12/2021.

SERGIO KOCOVA SILVA
Responsavel pela Liquidacao

PREFEITURA MUNICIPAL DE SORRISO
Avenida Porto Alegre, 0002525 - Centro
CNPJ 03.239.076/0001-62

NOTA DE EMPENHO.No 009677/2021 ( )-O (X)-G ( )-E COMPLEMENTAR: 000000/0000-0
PRE-EMPENHO.....No 000000/0000 PROCESSO.....No 000000/0000 DATA: 15/07/2021

Codigo Reduzido..: 0228
Orgao.....: 05 - Sec. Municipal de Obras e Servicos Publicos
Unidade.....: 001 - Gabinete do Secretario
Funcao.....: 15 - URBANISMO
Subfuncao.....: 452 - SERVICOS URBANOS
Programa.....: 0008 - DESENVOLVIMENTO DA INFRAESTRUTURA URBANA
Projeto/Atividade: 2100 - Execucao de Projetos de Coleta e Dest. do Lixo
Elemento.....: 3390.39.00.00.00 OUTROS SERVICOS DE TERCEIROS PESSOA JURIDICA
Sub-Elemento.....: 78 - LIMPEZA E CONSERVACAO

Credor..: 4612-CALIFORNIA MUDAS LTDA Fone:
Endereco: AV NATALINO JOAO BRESCANS N°.: 002018 CNPJ/CPF: 06.009.154/0001.20
Bairro..: CENTRO CEP: 78.890.000 Insc.Est: 13.244.679-0
Cidade..: SORRISO UF.: MT Insc.Mun: 4232
Banco...: 133 Ag.: 1698-5 Cta.: 11929-6 N° Licit: /

Tipo de Despesa..: 01113 - LIMPEZA E CONSERVACAO
Especificacao....: VALOR QUE SE EMPENHA REF.(2021) SERVICOS DE LIMPEZA E MANUTENCAO URBANA (VARRICAO MANUAL E MECANICA/CAPINA,CORTE GRAMA,RETIRADA ENTULHOS), CONF. CONTRATO 166/2021, CONF. PREGAO PRESENCIAL 14/2021. VIGENCIA CONTRATUAL 15/07/2021 ATE 31/12/2021.

DEMONSTRATIVO

Saldo da Dotacao.: 2.024.340,57
Valor Empenhado..: 686.950,00
Saldo Atual.....: 1.337.390,57
Valor Por Extenso: SEISCENTOS E OITENTA E SEIS MIL, NOVECENTOS E CINQUENTA REAIS

CONTABILIZACAO DA DESPESA

A despesa foi empenhada pela importancia de R$ 686.950,00 conforme comprovantes.

SORRISO , 15/07/2021

ORDENADOR DA DESPESA

Fonte: 0.1.00.000000 - Recursos Ordinßrios
Recebi o ( )- MATERIAL ( )- SERVICO ____/____/_____ (a)_____
RESPONSAVEL

PREFEITURA MUNICIPAL DE SORRISO

Av. Porto Alegre, 2525 - Centro, Sorriso - MT, 78890-900

CNPJ 03.239.076/0001-62

Nota fiscal de serviço eletrônica - NFS-e

Número do documento

16

CALIFORNIA MUDAS

Razão social: CALIFORNIA MUDAS LTDA

CPF/CNPJ: 06.009.154/0001-20 Inscrição Municipal: 4232

Rua: PORTO SEGURO, 838 [LOTE 37 QUADRA10-A] - AREA DE EXPANSAO URBANA - SORRISO - MT - CEP: 78890-000

Telefone: (66)35451171 E-mail: rositogni@hotmail.com

Natureza da operação: Prestação de serviço

Contribuinte optante pelo Simples Nacional Microempresário e empresa de pequeno porte (ME EPP)

Identificação da nota fiscal de serviço eletrônica

Exigibilidade do ISSQN	Data/hora de emissão da NFS-e	Código de autenticidade
Exigível	01/12/2021 - 07:19:05	9b02 33e9 7b10 3356 62cc 3eed 29f8 4f44
Número do RPS	Data de emissão do RPS	Série do RPS
Número da NFS-e substituída	Data emissão da NFS-e substituída	Número do processo / lei
Município de incidência do ISSQN	SORRISO - MT	

Consulte a autenticidade deste documento acessando o site https://prefsorriso-mt.agilicloud.com.br/portal/sorriso/#/autenticidade

Dados do tomador dos serviços

CPF/CNPJ	Inscrição estadual	Inscrição municipal	Nome / razão social
03.239.076/0001-62		99999	MUNICIPIO DE SORRISO

Endereço	Número	Complemento	Bairro
Avenida PORTO ALEGRE	2525		Centro-Norte

Cidade / UF	CEP	Telefone	E-mail
SORRISO - MT	78890-000	(66)3545-4700	blue@agili.com.br

Serviços prestados

Atividade econômica municipal	Alíquota
1.8130300 - Atividades paisagísticas	2,00 %

Descrição do serviço

- ORDEM DE FORNECIMENTO Nº. 7458/2021.
- CONTRATO Nº. 166/2021
- ARP Nº. 277/2021
- PERÍODO DE EXECUÇÃO: DE 01/10 A 31/10
- 42 FUNCIONÁRIOS DURANTE O PERÍODO

Item da LC 116	Código CNAE	Quantidade	Valor unitário do serviço	Valor bruto do serviço	Valor de desconto	Valor líquido do serviço
7.11	81.3.0-3.00	1,00000	R$124.900,00	R$124.900,00	R$0,00	R$124.900,00

Retenções de impostos

PIS	COFINS	INSS	IRRF	CSLL	Outras retenções	ISSQN
R$0,00	R$0,00	R$0,00	R$0,00	R$0,00	R$0,00	R$2.498,00

Resumo geral

Valor total dos serviços	Valor dos descontos	Valor das retenções		Valor líquido	Valor da dedução construção civil
R$124.900,00	R$0,00	R$2.498,00		**R$122.402,00**	R$0,00

Valor base de cálculo ISSQN	% alíquota do ISSQN	Valor total do ISSQN	% abatimento	Valor ISSQN a recolher	ISSQN retido?
R$124.900,00	2,00	R$2.498,00	0,00	R$2.498,00	Sim

Observações

Informações complementares

Protocolo de entrega da nota fiscal de serviço eletrônica

Exigibilidade do ISSQN: Exigível Data/hora de emissão da NFS-e: 01/12/2021 - 07:19:05

Recebi(emos) de CALIFORNIA MUDAS LTDA todos os serviços relacionados nesta nota fiscal de serviço eletrônica.

Nota fiscal de serviço eletrônica - NFS-e
16

__/__/____ _____

Data Nome e número do CPF do Recebedor

Código de autenticidade: 9b02 33e9 7b10 3356 62cc 3eed 29f8 4f44

Consulte a autenticidade deste documento acessando o site https://prefsorriso-mt.agilicloud.com.br/portal/sorriso/#/autenticidade

ANEXO I - RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO DA EXECUÇÃO DE SERVIÇO PRESTADO

CONTRATO Nº: 166/2021
PREGÃO PRESENCIAL Nº: 14/2021
EMPRESA: CALIFORNIA MUDAS LTDA
OBJETO LICITADO: REGISTRO DE PREÇOS PARA FUTURA E EVENTUAL CONTRATAÇÃO DE EMPRESA PARA EXECUÇÃO DE SERVIÇO DE LIMPEZA E MANUTENÇÃO URBANA, COMPREENDENDO VARRIÇÃO MANUAL E MECÂNICA, CAPINA MANUAL, CORTE DE GRAMA, RETIRADA DE MONTUROS E ENTULHOS NAS RUAS, AVENIDAS, PRAÇAS E LOGRADOUROS PÚBLICOS. CONFORME CONDIÇÕES, QUANTIDADES NECESSÁRIAS, NO TERMO DE REFERÊNCIA E DEMAIS ANEXOS..
PRAZO DE VIGENCIA DO CONTRATO: 13/07/2021 até o dia 12/07/2022

DESCRIÇÃO DO RELATÓRIO –

Com a finalidade de cumprir que dispõe o art. 58 c/c 67 da Lei 8.666/93, e de acordo com as funções acima atribuídas para acompanhar relatamos abaixo os pontos verificados:

VERIFICAÇÃO:

Descrição da verificação	R	I	NA	Complementação
O Contrato esta dentro do prazo de vigência?	X			
Os pagamentos efetuados estão dentro do valor contratado, ou seja, não ultrapassou o limite contratado?	X			
A empresa apresentou relatório dos serviços prestados ou material entregue?	X			
O serviço prestado ou material entregue, esta de acordo com o objeto licitado?	X			
Em caso de obras e/ou ampliação, consta planilha de medição e esta de acordo com o cronograma físico e financeiro?			X	
A Nota Fiscal apresentada tem validade e esta corretamente preenchida, contendo a exata descrição do serviço prestado ou material entregue?	X			
A empresa apresentou as Certidões de Regularidade Fiscal, conforme dispõe cláusula contratual, atualizadas e validas?	X			
Consta na Nota fiscal retenção do ISS e IRRF?	X			
Outras verificações julgadas necessárias: **NF-16– R$ 124.900,00 – 01/12/2021** - SECRETARIA MUNICIPAL DE OBRAS – **REQUISIÇÃO: 7458/2021** – PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE LIMPEZA E MANUTENÇÃO URBANA , COMPREENDENDO VARRIÇÃO MANUAL E MECANICA ,CAPINA MANUAL,CORTE DE GRAMA ,RETIRADA DE MONTUROS E ENTULHOS NAS RUAS E AVENIDAS ,PRAÇAS E LOGRADOUROS PÚBLICOS. PERÍODO DE EXECUÇÃO : DE 01/11/2021 Á 31/11/2021 42 FUNCIONÁRIOS DURANTE O PERÍODO.				

Legenda: R= RegularI= Irregular NA= Não se aplica

Celso Capua

CONCLUSÃO

Conclusa as verificações e não havendo nenhuma irregularidade constatada, encaminhamos ao Senhor Secretário opinando dar prosseguimento ao processo de despesa.

ADELSO AGUIAR
Fiscal de Contrato

Sorriso-MT, 02/12/2021

Submetemos os autos ao Secretário (a) para de acordo.

Tomado conhecimento dos autos apresentado pelo fiscal de contrato, determino dar prosseguimento ao processo de despesa, referente aos serviços prestados ou materiais entregas pela Empresa analisada.

MILTON GELLER
Secretaria Municipal de Obras e Serviços Públicos

Sorriso-MT, 02/12/2021

Estado do Mato Grosso
PREFEITURA MUNICIPAL DE SORRISO
CNPJ 03.239.076/0001-62
Avenida Porto Alegre, n.° 2525 - Centro - CEP 78890-000
Fone (66) 3545-4700

ORDEM DE FORNECIMENTO 7458/2021

Processo de compra n°:	Pregão - 14/2021	Contrato n°:	166/2021
Condição de pagamento:	CONFORME DECRETO MUNICIPAL 440/2021	Número ARP:	277/2021
Dotação:	05.001.15.452.0008.2100.3.3.90.39.0.1.00.000000	Tipo contrato:	Prestação de Serviço
Código Reduzido:	228		

DADOS DO FORNECEDOR

Nome/ Raz. Social: CALIFORNIA MUDAS LTDA
Nome Fantasia: CALIFORNIA MUDAS CPF/ CNPJ: 06.009.154/0001-20
Endereço: PORTO SEGURO, 838 - AREA DE EXPANSAO URBANA - SORRISO -MT LOTE 37 QUADRA10-A - Fone: (66) :
E - mail: rositogni@hotmail.com

RESPONSÁVEL PELA AUTORIZAÇÃO E ESTRUTURA ADMINISTRATIVA

Nome/ Raz. Social: Milton Geller
Estrutura Administrativa: 1.05.001.1 - SECRETARIA DE OBRAS, VIACAO E SERVICOS URBANOS
Finalidade: PRESTAÇÃO DESERVIÇO DE LIMPEZA E MANUTENÇÃO URBANA, COMPREENDENDO VARRIÇÃO MANUAL E MECÂNICA, CAPINA MANUAL, CORTE DE GRAMA, RETIRADA DE MONTUROS E ENTULHOS NAS RUAS, AVENIDAS, PRAÇAS E LOGRADOUROS PÚBLICOS

ENDEREÇO PARA ENTREGA

Endereço: Rua SAO JOSE 2094 INDUSTRIAL 1ª ETAPA - SORRISO-MT -

ESPECIFICAÇÃO DOS ITENS

Descrição	Unidade	Quantidade	Desc.	Preço Unitario	Valor
SERVIÇO DE LIMPEZA E MANUTENÇÃO URBANA, COMPREENDENDO VARRIÇÃO MANUAL E MECÂNICA, CAPINA MANUAL, CORTE DE GRAMA, RETIRADA DE MONTUROS E ENTULHOS NAS RUAS, AVENIDAS, PRAÇAS E LOGRADOUROS PÚBLICOS. MARCA:	mes	12,00	0	R$124.900,0000	R$1.498.800,00

Valor Total da Ordem de Fornecimento: R$1.498.800,00

SORRISO - MT- Quinta-feira, 15 de Julho de 2021.

Milton Geller

Estado do Mato Grosso
PREFEITURA MUNICIPAL DE SORRISO
CNPJ 03.239.076/0001-62
Avenida Porto Alegre, n.° 2525 - Centro - CEP 78890-000
Fone (66) 3545-4700

CERTIFICADO DE REGISTRO CADASTRAL DE FORNECEDORES N.° 209/2021

Tipo: CRC - Certificado de Registro Cadastral

Emissão: 23/02/2021 **Validade:** 20/12/2021 **Situação:** Ativo

DADOS DO FORNECEDOR

Nome/ Raz. Social: CALIFORNIA MUDAS LTDA

CNPJ: 06.009.154/0001-20 **Porte Empresarial:** Microempresa (ME)

CNAE Principal: 47.8.9-0.02 - Comércio varejista de plantas e flores naturais

Logradouro: PORTO SEGURO **Bairro:** AREA DE EXPANSAO URBANA **N°:** 838

Complemento: LOTE 37 QUADRA10-A **Município:** SORRISO **Estado:** MATO GROSSO

CEP: 78890-000 **Telefone:** (66) 35451171 **Inscrição Estadual:** Não informado

DADOS DO DOCUMENTO

Titulo Documento	Numero	Emissão	Validade
CERTIDAO NEGATIVA DE REGULARIDADE DO FGTS	2021112101464160545574	21/11/2021	20/12/2021
CERTIDAO NEGATIVA DE DEBITO DE TRIBUTOS FEDERAIS	E9E5.2EF6.0E27.D2DF	02/08/2021	29/01/2022
CERTIDAO NEGATIVA DE DEBITOS TRABALHISTAS, FORNECIDA PELO PODER JUDICIARIO - JUSTICA DO TRABA	23333816	02/08/2021	28/01/2022
Alvará por econômico	11	05/01/2021	31/12/2021
CPDeN por contribuinte (Certidão Positiva de Débitos com efeito Negativa)	4714	30/11/2021	29/01/2022

CERTIFICADO

Certificamos que a empresa acima especificada se encontra inscrita no Registro Cadastral de Fornecedores da MUNICIPIO DE SORRISO para as atividades constantes no presente cadastro, estando em conformidade com a Lei 8.666/93 de 21 de junho de 1993.

O presente certificado não exime o Licitante da apresentação de documentos exigidos em edital especifico. A inscrição representada pelo presente Certificado não importa em obrigação de contratar, ficando o titular do mesmo sujeito aos procedimentos licitatórios pertinentes, quando for o caso.

Caso o prazo de validade de alguns dos documentos estiver expirado da data do ato licitatório, o presente cadastro será válido acompanhado da documentação atualizada.

Este Certificado não representa um atestado de fornecimento ou de desempenho. A manutenção do Registro Cadastral está condicionada ao seu desempenho e à regularização de sua situação, dados e informações cadastrais.

SORRISO - MT, quinta-feira, 2 de dezembro de 2021

Departamento de Compras

PREFEITURA MUNICIPAL DE SORRISO

Av. Porto Alegre, 2525 - Centro, Sorriso - MT, 78890-900

CNPJ 03.239.076/0001-62

Nota fiscal de serviço eletrônica - NFS-e

Número do documento

16

CALIFORNIA MUDAS

Razão social: CALIFORNIA MUDAS LTDA

CPF/CNPJ: 06.009.154/0001-20 Inscrição Municipal: 4232

Rua: PORTO SEGURO, 838 [LOTE 37 QUADRA10-A] - AREA DE EXPANSAO URBANA - SORRISO - MT - CEP: 78890-000

Telefone: (66)35451171 E-mail: rositogni@hotmail.com

Natureza da operação: Prestação de serviço

Contribuinte optante pelo Simples Nacional Microempresário e empresa de pequeno porte (ME EPP)

Identificação da nota fiscal de serviço eletrônica

Exigibilidade do ISSQN	Data/hora de emissão da NFS-e	Código de autenticidade
Exigível	01/12/2021 - 07:19:05	9b02 33e9 7b10 3356 62cc 3eed 29f8 4f44
Número do RPS	Data de emissão do RPS	Série do RPS
Número da NFS-e substituída	Data emissão da NFS-e substituída	Número do processo / lei
Município de incidência do ISSQN	SORRISO - MT	

Consulte a autenticidade deste documento acessando o site https://prefsorriso-mt.agilicloud.com.br/portal/sorriso/#/autenticidade

Dados do tomador dos serviços

CPF/CNPJ	Inscrição estadual	Inscrição municipal	Nome / razão social	
03.239.076/0001-62		99999	MUNICIPIO DE SORRISO	
Endereço	Número	Complemento	Bairro	
Avenida PORTO ALEGRE	2525		Centro-Norte	
Cidade / UF		CEP	Telefone	E-mail
SORRISO - MT		78890-000	(66)3545-4700	blue@agili.com.br

Serviços prestados

Aitividade econômica municipal	Alíquota
1.8130300 - Atividades paisagisticas	2,00 %

Descrição do serviço

- ORDEM DE FORNECIMENTO Nº. 7458/2021.
- CONTRATO Nº. 166/2021
- ARP Nº. 277/2021
- PERÍODO DE EXECUÇÃO: DE 01/10 A 31/10
- 42 FUNCIONÁRIOS DURANTE O PERÍODO

Item da LC 116	Código CNAE	Quantidade	Valor unitário do serviço	Valor bruto do serviço	Valor de desconto	Valor líquido do serviço
7.11	81.3.0-3.00	1,00000	R$124.900,00	R$124.900,00	R$0,00	R$124.900,00

Retenções de impostos

PIS	COFINS	INSS	IRRF	CSLL	Outras retenções	ISSQN
R$0,00	R$0,00	R$0,00	R$0,00	R$0,00	R$0,00	R$2.498,00

Resumo geral

Valor total dos serviços	Valor dos descontos	Valor das retenções		Valor líquido	Valor da dedução construção civil
R$124.900,00	R$0,00	R$2.498,00		**R$122.402,00**	R$0,00
Valor base de cálculo ISSQN	**% alíquota do ISSQN**	**Valor total do ISSQN**	**% abatimento**	**Valor ISSQN a recolher**	**ISSQN retido?**
R$124.900,00	2,00	R$2.498,00	0,00	R$2.498,00	Sim

Observações

Informações complementares

Protocolo de entrega da nota fiscal de serviço eletrônica

Exigibilidade do ISSQN: Exigível | Data/hora de emissão da NFS-e: 01/12/2021 - 07:19:05

Recebi(emos) de CALIFORNIA MUDAS LTDA todos os serviços relacionados nesta nota fiscal de serviço eletrônica.

__/__/____ _____

Data Nome e número do CPF do Recebedor

Código de autenticidade: 9b02 33e9 7b10 3356 62cc 3eed 29f8 4f44

Nota fiscal de serviço eletrônica - NFS-e 16

Consulte a autenticidade deste documento acessando o site https://prefsorriso-mt.agilicloud.com.br/portal/sorriso/#/autenticidade

MINISTÉRIO DA FAZENDA - MF

GFIP - SEFIP 8.40 (30/07/2021) TABELAS 42.0 (15/01/2021)

DATA: 30/11/2021

HORA: 14:38:35

PÁG : 0001

COMPROVANTE DE DECLARAÇÃO DAS CONTRIBUIÇÕES A RECOLHER À PREVIDÊNCIA SOCIAL E A OUTRAS ENTIDADES E FUNDOS POR FPAS
EMPRESA

Nº ARQUIVO: BbQHeWFSNlh0000-6

EMPRESA: CALIFORNIA MUDAS LTDA Nº CONTROLE: P1TRTApkgV80000-4 INSCRIÇÃO: 06.009.154/0001-20

COMP: 11/2021 COD REC: 115 COD GPS: 2003 FPAS: 515 OUTRAS ENT: SIMPLES: 2 ALIQ RAT: 0,0 FAP: 0,50 RAT AJUSTADO: 0,00

TOMADOR/OBRA: INSCRIÇÃO:

LOGRADOURO: RUA PORTO SEGURO 838 BAIRRO: AREA DE EXPANSAO URECNAE PREPONDERANTE: 4789002

CIDADE: SORRISO UF: MT CEP: 78898-899 TELEFONE: 0066-35451171 CNAE: 4789002

APURAÇÃO DO VALOR A RECOLHER:	515	620	744	779	TOTAL
SEGURADO					
Empregados/Avulsos	4.770,97	0,00	0,00	0,00	4.770,97
Contribuintes Individuais	121,00	0,00	0,00	0,00	121,00
EMPRESA					
Empregados/Avulsos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Contribuintes Individuais	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
RAT	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
RAT - Agentes Nocivos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Valores Pagos a Cooperativas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Adicional Cooperativas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Comercialização Produção	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Evento Desportivo/Patrocinio	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
RECOLHIMENTO COMP ANT - VALOR INSS	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
(-) Retenção Lei 9.711/98	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
(-) Sal. Família/Sal. Maternidade	565,68	0,00	0,00	0,00	565,68
(-) Compensação	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
VALOR A RECOLHER - PREVIDÊNCIA SOCIAL	4.326,29	0,00	0,00	0,00	4.326,29
OUTRAS ENTIDADES	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
RECOLH COMP ANT - VALOR OUT ENTID	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
VALOR A RECOLHER - OUTRAS ENTIDADES	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
TOTAL A RECOLHER	4.326,29	0,00	0,00	0,00	4.326,29

(*) Os valores de retenção, salário-família/salário-maternidade e compensação demonstrados são os efetivamente abatidos.

A DECLARAÇÃO DE DADOS CONSTANTES DESTA GFIP E DO ARQUIVO SEFIP CORRESPONDENTE A CONTRIBUIÇÃO PREVIDENCIÁRIA, EQUIVALE A CONFISSÃO DE DÍVIDA DOS VALORES DELA DECORRENTES E CONSTITUI(EM)CRÉDITO(S) PASSÍVEL(IS) DE INSCRIÇÃO EM DÍVIDA ATIVA, NA AUSÊNCIA DO OPORTUNO RECOLHIMENTO OU PARCELAMENTO,E CONSEQUENTE EXECUÇÃO JUDICIAL NOS TERMOS DA LEI No 6.830/80.

O EMPREGADOR/CONTRIBUINTE, RENUNCIANDO EXPRESSAMENTE A QUALQUER CONTESTAÇÃO QUANTO AO VALOR E PROCEDÊNCIA DESTA DECLARAÇÃO/DÍVIDA, ASSUME INTEGRAL RESPONSABILIDADE PELA EXATIDÃO DO MONTANTE DECLARADO E CONFESSADO, FICANDO, ENTRETANTO, RESSALVADO A SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL O DIREITO DE APURAR, A QUALQUER TEMPO, A EXISTÊNCIA DE OUTRAS IMPORTANCIAS DEVIDAS NÃO INCLUÍDAS NESTE INSTRUMENTO, AINDA QUE RELATIVAS AO MESMO PERÍODO.

O EMPREGADOR/CONTRIBUINTE RECONHECE QUE A PRESENTE CONFISSÃO DE DÍVIDA NÃO OBRIGA A SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL A EXPEDIR DOCUMENTO COMPROBATÓRIO DA INEXISTÊNCIA DE DÉBITO, SALVO SE SEU CRÉDITO FOR GARANTIDO NA FORMA DOS ARTS. 258 E 259 DO REGULAMENTO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL, APROVADO PELO DECRETO 3.048, DE 12/05/1999, E ALTERAÇÕES POSTERIORES.

RELAÇÃO DOS TRABALHADORES CONSTANTES NO ARQUIVO SEFIP
MODALIDADE : "BRANCO"-RECOLHIMENTO AO FGTS E DECLARAÇÃO À PREVIDÊNCIA

858000000569 563001792113 207659050803 600915400012

EMPRESA: CALIFORNIA MUDAS LTDA — INSCRIÇÃO: 06.009.154/0001-20
COMP: 11/2021 COD REC: 115 COD GPS: 2003 FPAS: 515 OUTRAS ENT: SIMPLES: 2 RAT: 0,0 FAP: 0,50 RAT AJUSTADO: 0,00
TOMADOR/OBRA: INSCRIÇÃO:

NOME TRABALHADOR	PIS/PASEP/CI	ADMISSÃO	CAT	OCOR	DATA/COD MOVIMENTAÇÃO		CBO
REM SEM 13° SAL	REM 13°SAL	BASE CÁL 13°SAL PREV SOC / BASE CÁL PREV SOCIAL	CONTRIB SEG DEVIDA			DEPÓSITO	JAM
EDNALDO SILVA MAIA	128.19843.37-0	16/09/2021	01		01/11/2021	J	06220
45,91	229,56	229,56	20,65		22,04		0,00
TAINARA MARIA SILVA VELLOSO	203.44088.26-4	18/08/2021	01		09/11/2021	J	06220
432,13	267,72	267,72	52,47		55,98		0,00

RELAÇÃO DOS TRABALHADORES COM GRRF CONSTANTES NO ARQUIVO SEFIP
MODALIDADE : "BRANCO"-RECOLHIMENTO AO FGTS E DECLARAÇÃO À PREVIDÊNCIA

858000000569 563001792113 207659050803 600915400012

EMPRESA: CALIFORNIA MUDAS LTDA — INSCRIÇÃO: 06.009.154/0001-20
COMP: 11/2021 COD REC: 115 COD GPS: 2003 FPAS: 515 OUTRAS ENT: SIMPLES: 2 RAT: 0,0 FAP: 0,50 RAT AJUSTADO: 0,00
TOMADOR/OBRA: INSCRIÇÃO:

NOME TRABALHADOR	PIS/PASEP/CI	ADMISSÃO	CAT	OCOR	DATA/COD MOVIMENTAÇÃO		CBO
REM SEM 13° SAL	REM 13°SAL	BASE CÁL 13°SAL PREV SOC BASE CÁL PREV SOCIAL	CONTRIB SEG DEVIDA			DEPÓSITO		JAM
PABLO MARQUES DE SOUSA		148.79671.92-0	23/08/2021	01		20/11/2021	I3	06220
624,74	246,77	246,77	65,35			0,00		0,00
ERIKA DOS SANTOS SILVA		212.25308.16-1	15/10/2021	01		13/11/2021	I3	05142
417,47	103,68	103,68	39,08			0,00		0,00

RELAÇÃO DOS TRABALHADORES CONSTANTES NO ARQUIVO SEFIP
MODALIDADE : "BRANCO"-RECOLHIMENTO AO FGTS E DECLARAÇÃO À PREVIDÊNCIA

858000000569 563001792113 207659050803 600915400012

EMPRESA: CALIFORNIA MUDAS LTDA — INSCRIÇÃO: 06.009.154/0001-20
COMP: 11/2021 COD REC: 115 COD GPS: 2003 FPAS: 515 OUTRAS ENT: SIMPLES: 2 RAT: 0,0 FAP: 0,50 RAT AJUSTADO: 0,00
TOMADOR/OBRA: INSCRIÇÃO:

NOME TRABALHADOR	PIS/PASEP/CI	ADMISSÃO	CAT	OCOR	DATA/COD MOVIMENTAÇÃO	CBO
REM SEM 13° SAL / REM 13°SAL	BASE CÁL 13°SAL PREV SOC / BASE CÁL PREV SOCIAL	CONTRIB SEG DEVIDA			DEPÓSITO	JAM
ADRIANO PEREIRA	160.31861.26-8	21/07/2021	01			06220
1.131,84 / 287,19	0,00	85,36			113,53	0,00
AMARILDO DE ASSIS NASCIMENTO	127.19586.40-6	20/07/2021	01			01412
1.839,55 / 383,24	0,00	149,05			177,83	0,00
AMBAR NATHALY BARRIOS GAETANO	143.06967.82-0	21/07/2021	01			06220
1.374,49 / 259,22	0,00	107,20			130,70	0,00
ANA PAULA SILVA DE OLIVEIRA	167.39221.37-6	28/09/2021	01			05142
1.244,16 / 155,52	0,00	95,47			111,97	0,00
ANA PAULA SILVERIO REIS	161.60772.79-2	13/10/2021	01			05142
1.244,16 / 155,52	0,00	95,47			111,98	0,00
BEATRIZ DOS SANTOS	161.31356.27-1	11/10/2021	01			05142
1.244,16 / 155,52	0,00	95,47			111,98	0,00
CLEIDE ROSA PEREIRA DO NASCIMENTO	168.25170.93-8	16/10/2021	01			05142
1.244,16 / 155,52	0,00	95,47			111,97	0,00
CRISTIANE BRUM OBANDO	129.59551.38-0	09/03/2021	01			04110
1.456,95 / 526,29	0,00	114,62			158,66	0,00
DALVA COSTA	212.25568.79-1	16/10/2021	01			05142
1.244,16 / 155,52	0,00	95,47			111,97	0,00
DANIEL FERNANDO DE OLIVEIRA	200.01778.90-5	23/08/2021	01			06220
1.995,48 / 345,60	0,00	163,09			187,28	0,00
DANIELE BENITI COELHO	160.22871.91-4	01/10/2021	01			06220
1.377,14 / 155,52	0,00	107,44			122,62	0,00
DEUVAIR PEREIRA DOS SANTOS	203.58651.62-4	16/10/2021	01			06220
1.377,55 / 172,19	0,00	107,47			123,97	0,00
ELIANE LOPES MAGALHAES	200.67496.74-6	21/10/2021	01			05142
1.244,91 / 103,75	0,00	95,54			107,89	0,00
ELIANE PINHEIRO SILVA	161.68630.29-6	26/07/2021	01			05142
1.093,24 / 259,32	0,00	81,99			108,21	0,00
FRANCISCO ALVES DOS SANTOS CARDOSO	161.81272.29-2	01/10/2018	01			06220
2.317,30 / 1.024,56	0,00	195,46			267,35	0,00

RELAÇÃO DOS TRABALHADORES CONSTANTES NO ARQUIVO SEFIP
MODALIDADE : "BRANCO"-RECOLHIMENTO AO FGTS E DECLARAÇÃO À PREVIDÊNCIA

858000000569 563001792113 207659050803 600915400012

EMPRESA: CALIFORNIA MUDAS LTDA — INSCRIÇÃO: 06.009.154/0001-20
COMP: 11/2021 COD REC: 115 COD GPS: 2003 FPAS: 515 OUTRAS ENT: SIMPLES: 2 RAT: 0,0 FAP: 0,50 RAT AJUSTADO: 0,00
TOMADOR/OBRA: INSCRIÇÃO:

NOME TRABALHADOR	PIS/PASEP/CI	ADMISSÃO	CAT	OCOR	DATA/COD MOVIMENTAÇÃO	CBO
REM SEM 13° SAL / REM 13°SAL	BASE CÁL 13°SAL PREV SOC / BASE CÁL PREV SOCIAL	CONTRIB SEG DEVIDA			DEPÓSITO	JAM
FRANCISCO JORDECI DE ANDRADE	135.23029.42-1	13/04/2021	01			07842
1.888,18 / 706,00	0,00	153,43			207,54	0,00
FRANCISCO PEREIRA DA CONCEICAO	130.52464.42-5	21/07/2021	01			06220
1.378,28 / 287,14	0,00	107,54			133,24	0,00
GEOVANA KAROLEM CARDOSO DE ARAUJO	212.88735.62-8	04/08/2021	01			06220
1.378,46 / 259,32	0,00	107,56			131,02	0,00
IRONEIDE PEREIRA	162.48765.20-1	11/10/2021	01			05142
1.244,16 / 155,52	0,00	95,47			111,98	0,00
JACIANE PEREIRA	162.17569.17-6	21/07/2021	01			06220
1.377,14 / 259,22	0,00	107,44			130,91	0,00
JOSE ARNALDO SILVA	162.95435.19-0	09/08/2021	01			06220
1.378,48 / 287,18	0,00	107,56			133,26	0,00
JOSE RIBAMAR SOUSA	201.07561.68-3	16/08/2021	01			06220
1.378,28 / 287,14	0,00	107,54			133,23	0,00
LEIDMAR ALVES DA SILVA	164.89599.36-9	21/07/2021	01			05142
1.244,25 / 259,22	0,00	95,48			120,27	0,00
LENILSON LUCAS FRANCISCO	128.71620.64-6	16/08/2021	01			06220
1.314,41 / 287,19	0,00	101,79			128,13	0,00
LUCIENE DA SILVA NASCIMENTO	210.00085.29-7	10/08/2021	01			05142
1.154,44 / 259,20	0,00	87,39			113,09	0,00
LUIS CARLOS SILVA PINHEIRO	139.82784.62-9	27/07/2021	01			05142
1.115,20 / 259,36	0,00	83,86			109,97	0,00
LUIZ MONTEIRO SOBRAL	122.87076.90-7	21/09/2021	01			06220
1.377,55 / 172,19	0,00	107,47			123,98	0,00
LUIZ ROBERTO ALVES DE OLIVEIRA	127.61834.38-2	16/10/2021	01			06220
1.377,00 / 172,13	0,00	107,43			123,94	0,00
MARCAL DE SOUSA	209.27423.72-8	26/08/2021	01			06220
1.377,94 / 229,66	0,00	107,51			128,60	0,00
MARCELO OLIVEIRA	164.46526.25-4	01/11/2021	01			06220
1.678,33 / 0,00	0,00	134,54			134,26	0,00

RELAÇÃO DOS TRABALHADORES CONSTANTES NO ARQUIVO SEFIP
MODALIDADE : "BRANCO"-RECOLHIMENTO AO FGTS E DECLARAÇÃO À PREVIDÊNCIA

858000000569 563001792113 207659050803 600915400012

EMPRESA: CALIFORNIA MUDAS LTDA — INSCRIÇÃO: 06.009.154/0001-20
COMP: 11/2021 COD REC: 115 COD GPS: 2003 FPAS: 515 OUTRAS ENT: SIMPLES: 2 RAT: 0,0 FAP: 0,50 RAT AJUSTADO: 0,00
TOMADOR/OBRA: INSCRIÇÃO:

NOME TRABALHADOR / REM SEM 13° SAL	REM 13°SAL	PIS/PASEP/CI / BASE CÁL 13°SAL PREV SOC / BASE CÁL PREV SOCIAL	ADMISSÃO / CONTRIB SEG DEVIDA	CAT	OCOR	DATA/COD MOVIMENTAÇÃO / DEPÓSITO	CBO / JAM
MARIA APARECIDA BENITI DA SILVA		163.72424.04-6	01/10/2021	01			05142
1.118,12	155,52	0,00	84,13			101,89	0,00
MARIA DAS GRACAS FORTES NETA		200.58154.70-6	21/07/2021	01			05142
1.031,07	259,22	0,00	77,33			103,22	0,00
MARIA DO ROSARIO FARIAS MENDES		163.69524.44-2	22/09/2021	01			05142
1.241,08	155,52	0,00	95,19			111,73	0,00
MARIA JOSE DE OLIVEIRA JOSE		119.84179.30-0	21/07/2021	01			05142
1.244,71	259,32	0,00	95,52			120,33	0,00
MARIA JOSE PINHEIRO		164.69665.41-2	27/07/2021	01			05142
1.244,71	259,32	0,00	95,52			120,32	0,00
MIDIAN MARCELINA FELIX		209.54604.26-6	21/07/2021	01			04110
1.951,67	357,37	0,00	159,15			184,72	0,00
OLANDIR DE SOUZA		135.76527.72-8	21/07/2021	01			07823
1.550,00	258,33	0,00	123,00			144,67	0,00
RAQUEL DA SILVA OLIVEIRA		168.67238.98-0	22/09/2021	01			05142
1.243,17	155,59	0,00	95,38			111,90	0,00
RONE JARDEL SIDES		166.34751.75-8	06/11/2021	01			05142
1.044,49	0,00	0,00	78,33			83,55	0,00
ROSALIA PEREIRA DE OLIVEIRA		190.20927.97-6	28/09/2021	01			05142
1.236,47	155,52	0,00	94,78			111,35	0,00
SARA MOTA COSTA		201.31858.26-7	05/08/2021	01			06220
1.378,46	259,32	0,00	107,56			131,02	0,00
VANDERLEYA SOUSA DE FREITAS		128.22840.42-5	06/10/2021	01			05142
1.244,16	155,52	0,00	95,47			111,98	0,00
ZELIA COSTA RAMOS		165.83186.00-5	23/07/2021	01			05142
1.244,25	259,22	0,00	95,48			120,27	0,00

RELAÇÃO DOS TRABALHADORES CONSTANTES NO ARQUIVO SEFIP
MODALIDADE : "BRANCO"-RECOLHIMENTO AO FGTS E DECLARAÇÃO À PREVIDÊNCIA

858000000569 563001792113 207659050803 600915400012

EMPRESA: CALIFORNIA MUDAS LTDA — INSCRIÇÃO: 06.009.154/0001-20
COMP: 11/2021 COD REC: 115 COD GPS: 2003 FPAS: 515 OUTRAS ENT: SIMPLES: 2 RAT: 0,0 FAP: 0,50 RAT AJUSTADO: 0,00
TOMADOR/OBRA: — INSCRIÇÃO:

NOME TRABALHADOR	PIS/PASEP/CI	ADMISSÃO	CAT	OCOR	DATA/COD MOVIMENTAÇÃO	CBO
REM SEM 13° SAL	REM 13°SAL	BASE CÁL 13°SAL PREV SOC / BASE CÁL PREV SOCIAL	CONTRIB SEG DEVIDA		DEPÓSITO	JAM
ROSIMERI DOS PASSOS TOGNI	125.29393.89-5	01/09/2018	11			04110
1.100,00	0,00	0,00	121,00		0,00	0,00

TOTAIS DA EMPRESA/TOMADOR					
61.483,96	11.712,45	847,73	4.891,97	5.656,30	0,00

RELAÇÃO DOS TRABALHADORES CONSTANTES NO ARQUIVO SEFIP
RESUMO DO FECHAMENTO - EMPRESA
MODALIDADE : "BRANCO"-RECOLHIMENTO AO FGTS E DECLARAÇÃO À PREVIDÊNCIA

858000000569 563001792113 207659050803 600915400012

EMPRESA: CALIFORNIA MUDAS LTDA
Nº DE CONTROLE: P1TRTApkgV80000-4
Nº ARQUIVO: BbQHeWFSNlh0000-6
INSCRIÇÃO: 06.009.154/0001-20
COMP: 11/2021 COD REC: 115 COD GPS: 2003 FPAS: 515 OUTRAS ENT: SIMPLES: 2 RAT: 0,0
FAP: 0,50 RAT AJUSTADO: 0,00
TOMADOR/OBRA:
INSCRIÇÃO:

LOGRADOURO: RUA PORTO SEGURO 838
BAIRRO: AREA DE EXPANSAO URB
CNAE PREPONDERANTE 4789002
CIDADE: SORRISO
UF: MT
CEP: 78898-899
CNAE: 4789002

CAT	QUANT	REMUNERAÇÃO SEM 13º	REMUNERAÇÃO 13º	BASE CÁL PREV SOC	BASE CÁL 13º PREV SOC
01	47	59.341,75	11.362,00	60.383,96	847,73
11	1	1.100,00	0,00	1.100,00	0,00
TOTAIS:	48	60.441,75	11.362,00	61.483,96	847,73

RELAÇÃO DOS TRABALHADORES CONSTANTES NO ARQUIVO SEFIP
RESUMO DO FECHAMENTO - EMPRESA
FGTS

858000000569 563001792113 207659050803 600915400012

EMPRESA: CALIFORNIA MUDAS LTDA
Nº DE CONTROLE: P1TRTApkgV80000-4
Nº ARQUIVO: BbQHeWFSNlh0000-6
INSCRIÇÃO: 06.009.154/0001-20
COMP: 11/2021 COD REC: 115 COD GPS: 2003 FPAS: 515 OUTRAS ENT: SIMPLES: 2 RAT: 0,0
FAP: 0,50 RAT AJUSTADO: 0,00
TOMADOR/OBRA:
INSCRIÇÃO:

LOGRADOURO: RUA PORTO SEGURO 838
BAIRRO: AREA DE EXPANSAO URB
CNAE PREPONDERANTE 4789002
CIDADE: SORRISO
UF: MT
CEP: 78898-899
CNAE: 4789002

MODALIDADE : "Branco"-RECOLHIMENTO AO FGTS E DECLARAÇÃO À PREVIDÊNCIA

	FGTS - 8%
REMUNERAÇÃO SEM 13° SALÁRIO	59.341,75
REMUNERAÇÃO 13° SALARIO	11.362,00
QUANTIDADE TRABALHADORES	45

VALORES DO FGTS
DATA DE RECOLHIMENTO ATÉ 07/12/2021

DEPÓSITO FGTS	ENCARGOS FGTS	CONTRIB SOCIAL	ENCARGOS CONTRIB SOCIAL	TOTAL RECOLHER
5.656,30	0,00	0,00	0,00	5.656,30

RESUMO DAS INFORMAÇÕES À PREVIDÊNCIA SOCIAL CONSTANTES NO ARQUIVO SEFIP
EMPRESA

EMPRESA: CALIFORNIA MUDAS LTDA — Nº DE CONTROLE: P1TRTApkgV80000-4 — Nº ARQUIVO: BbQHeWFSNlh0000-6
INSCRIÇÃO: 06.009.154/0001-20
COMP: 11/2021 COD REC: 115 COD GPS: 2003 FPAS: 515 OUTRAS ENT: SIMPLES: 2 RAT: 0,0 FAP: 0,50 RAT AJUSTADO: 0,00
TOMADOR/OBRA: INSCRIÇÃO:

LOGRADOURO: RUA PORTO SEGURO 838 BAIRRO: AREA DE EXPANSAO URB CNAE PREPONDERANTE 4789002
CIDADE: SORRISO UF: MT CEP: 78898-899 TELEFONE: 0066 3545 1171 CNAE: 4789002

VALOR DEV PREV SOC CALCULADO SEFIP:	4.326,29	CONTRIB SEGURADOS - DEVIDA:	4.891,97
SALÁRIO FAMÍLIA:	565,68	RECEITA EVENTO DESP/PATROCÍNIO:	0,00
SALÁRIO MATERNIDADE:	0,00	PERC DE ISENÇÃO DE FILANTROPIA:	0,00
VALORES PAGOS COOP TRABALHO - SEM ADICIONAL:	0,00	13º SALÁRIO MATERNIDADE:	0,00
VALORES PAGOS COOP TRABALHO - ADIC. 15 ANOS:	0,00	COM PRODUÇÃO PJ:	0,00
VALORES PAGOS COOP TRABALHO - ADIC. 20 ANOS:	0,00	COM PRODUÇÃO PF:	0,00
VALORES PAGOS COOP TRABALHO - ADIC. 25 ANOS:	0,00	VALOR DAS FATURAS EMITIDAS PARA O TOMADOR:	0,00

COMPENSAÇÃO

PERÍODO INICIAL:		PERÍODO FINAL:		VALOR SOLICITADO:	0,00
VALOR ABATIDO:	0,00	VALOR A COMPENSAR:	0,00	VALOR EXCEDENTE AO LIMITE DOS 30%:	0,00

RETENÇÃO (LEI 9.711/98)

VALOR INFORMADO:	0,00	VALOR ABATIDO PELO SEFIP:	0,00	VALOR A COMPENSAR/RESTITUIR:	0,00

BASE DE CÁLCULO APOSENTADORIA ESPECIAL/OCORRÊNCIA

15 ANOS:	0,00	20 ANOS:	0,00	25 ANOS:	0,00
QUANTIDADE:	0	QUANTIDADE:	0	QUANTIDADE:	0

QUANTIDADE DE MOVIMENTAÇÕES / CÓDIGOS

H :	0	I1:	0	I2:	0	I3:	2	I4:	0	I5:	0	J :	2	K :	0	L :	0	M :	0
N1:	0	N2:	0	N3:	0	O1:	0	O2:	0	O3:	0	P1:	0	P2:	0	P3:	0	Q1:	0
Q2:	0	Q3:	0	Q4:	0	Q5:	0	Q6:	0	Q7:	0	R :	0	R1:	0	S2:	0	S3:	0
T1:	0	T2:	0	U1:	0	U2:	0	U3:	0	V3:	0	W :	0	X :	0	X1:	0	Y :	0
Z1:	0	Z2:	0	Z3:	0	Z4:	0	Z5:	0	Z6:	0	Z6:	0						

CONECTIVIDADE SOCIAL

Protocolo de Envio de Arquivos

Prezado cliente ANCORA ASSESSORIA CONTABIL LTDA:08308048000173 ,

Seu arquivo CkqkqF7GKjj00001.zip foi armazenado na Caixa Econômica Federal em 30/11/2021 às 15:43:18.

O número do Protocolo de Envio deste arquivo é:
C3E2D840D9D1D7F24040404040404040DAB16372FAAD3E17.

Este protocolo é sua garantia de que o arquivo foi devidamente recebido e armazenado para processamento pela Caixa Econômica Federal.
Havendo ocorrências impeditivas no processamento do arquivo, será enviada uma nota explicativa para a sua caixa postal no Conectividade Social contendo a(s) ocorrência(s) encontrada(s) e as ações necessárias para a solução.

Informações Complementares:

Transmissor:	ANCORA ASSESSORIA CONTABIL LTDA:08308048000173
Inscrição Transmissor:	08.308.048/0001-73
Responsável:	ANCORA ASSESSORIA CONTABIL LTD
Inscrição Responsável:	08.308.048/0001-73
Competência:	11/2021
NRA:	CkqkqF7GKjj00001
Base de Processamento:	MT - Sorriso
Código de Recolhimento:	115
Contato:	TANIA MARIA SCARIOT
Telefone:	006635450026

Atenção: Este Protocolo de Envio de Arquivos não garante a legitimidade do conteúdo das informações.

ESTADO DE MATO GROSSO
PROCURADORIA GERAL DO ESTADO
SECRETARIA DE ESTADO DE FAZENDA

CERTIDÃO POSITIVA COM EFEITOS DE NEGATIVA DE DÉBITOS RELATIVOS A CRÉDITOS TRIBUTÁRIOS E NÃO TRIBUTÁRIOS ESTADUAIS GERIDOS PELA PROCURADORIA-GERAL DO ESTADO E PELA SECRETARIA DE ESTADO DE FAZENDA
CPEND Nº 0034530399

Finalidade: **CERTIDÃO CONJUNTA DE PENDÊNCIAS TRIBUTÁRIAS E NÃO TRIBUTÁRIAS JUNTO À SEFAZ E À PGE DO ESTADO DE MATO GROSSO**
Data da emissão: **01/12/2021** Hora da emissão: **14:04:00**

Nome/denominação do sujeito passivo: **CALIFORNIA MUDAS LTDA**
CNPJ: **06.009.154/0001-20**

CERTIFICAMOS que, consultadas as bases informatizadas e integradas ao sistema de processamento de dados da CND, da Secretaria de Estado de Fazenda, e as bases informatizadas e integradas ao sistema de processamento de dados da Dívida Ativa do Estado, junto à Procuradoria-Geral do Estado, conforme parâmetros constantes no Anexo I da Portaria Conjunta n° 008/2018-PGE/SEFAZ, relativamente ao sujeito passivo acima indicado, bem como da sua matriz e filiais, até a data e hora em epígrafe, constatamos a(s) ocorrência(s) adiante descrita(s).
Fica ressalvado o direito de a Fazenda Pública do Estado de Mato Grosso exigir e/ou inscrever em Dívida Ativa quaisquer dívidas de responsabilidade do sujeito passivo acima identificado que vierem a ser apuradas.
OBS. A presente Certidão não alcança o cumprimento de obrigações cujo controle ainda não esteja informatizado ou integrado ao sistema da CND e da Dívida Ativa do Estado.

OCORRÊNCIAS NO ÂMBITO DA SECRETARIA DE ESTADO DE FAZENDA

QUANTO AO SUJEITO PASSIVO, RELATIVAMENTE A ACORDOS DE PARCELAMENTO DE DÉBITOS, COM PAGAMENTO EM DIA E A DÉBITOS SUSPENSOS:
6009154000120 - CALIFORNIA MUDAS LTDA

OCORRÊNCIAS NO ÂMBITO DA PROCURADORIA-GERAL DO ESTADO

Não constatada ressalva.

A autenticidade desta Certidão deverá ser confirmada via internet nos endereços www.sefaz.mt.gov.br ou www.pge.mt.gov.br

Certidao válida até: **30/12/2021.**
Fornecimento gratuito, salvo quando a impressão for efetuada por unidade fazendária, mediante requerimento do interessado
Número de Autenticação: **TUB27A227BAA222B**

PODER JUDICIÁRIO
JUSTIÇA DO TRABALHO

CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS TRABALHISTAS

Nome: CALIFORNIA MUDAS LTDA (MATRIZ E FILIAIS)
CNPJ: 06.009.154/0001-20
Certidão nº: 55385969/2021
Expedição: 30/11/2021, às 18:11:56
Validade: 28/05/2022 - 180 (cento e oitenta) dias, contados da data de sua expedição.

Certifica-se que **CALIFORNIA MUDAS LTDA (MATRIZ E FILIAIS)**, inscrito(a) no CNPJ sob o nº **06.009.154/0001-20, NÃO CONSTA** do Banco Nacional de Devedores Trabalhistas.
Certidão emitida com base no art. 642-A da Consolidação das Leis do Trabalho, acrescentado pela Lei nº 12.440, de 7 de julho de 2011, e na Resolução Administrativa nº 1470/2011 do Tribunal Superior do Trabalho, de 24 de agosto de 2011.
Os dados constantes desta Certidão são de responsabilidade dos Tribunais do Trabalho e estão atualizados até 2 (dois) dias anteriores à data da sua expedição.
No caso de pessoa jurídica, a Certidão atesta a empresa em relação a todos os seus estabelecimentos, agências ou filiais.
A aceitação desta certidão condiciona-se à verificação de sua autenticidade no portal do Tribunal Superior do Trabalho na Internet (http://www.tst.jus.br).
Certidão emitida gratuitamente.

INFORMAÇÃO IMPORTANTE
Do Banco Nacional de Devedores Trabalhistas constam os dados necessários à identificação das pessoas naturais e jurídicas inadimplentes perante a Justiça do Trabalho quanto às obrigações estabelecidas em sentença condenatória transitada em julgado ou em acordos judiciais trabalhistas, inclusive no concernente aos recolhimentos previdenciários, a honorários, a custas, a emolumentos ou a recolhimentos determinados em lei; ou decorrentes de execução de acordos firmados perante o Ministério Público do Trabalho ou Comissão de Conciliação Prévia.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SORRISO

Av. Porto Alegre, 2525 - Centro, Sorriso - MT, 78890-900

CNPJ 03.239.076/0001-62

Certidão Positiva Com Efeitos de Negativa Do Contribuinte

Número da Certidão	Processo/Protocolo	Exercicio
4714		2021

Nome/Razão social

CALIFORNIA MUDAS LTDA

Matricula (ID)	CPF/CNPJ	RG/Inscrição Estadual
12859	06.009.154/0001-20	

Endereço	Bairro
Rua PORTO SEGURO, 838	AREA DE EXPANSAO URBANA

Cidade	Estado	CEP
SORRISO	MATO GROSSO	78890-000

Finalidade

Ressalvado o direito da Fazenda Pública do Município de Sorriso de cobrar os créditos tributários regular e definitivamente constituídos e lançados, inclusive da divida ativa CERTIFICO, para a finalidade abaixo indicada, existir débitos referentes a: tributos municipais à vencer, parcelamentos e/ou, Dívida Ativa com exigibilidade suspensa conforme processos administrativos ou acordos realizados. Pelo que, na forma dos dispositivos regulamentares vigentes, especialmente pela previsão do art. 63 do Código Tributário Municipal, forneço a presente CERTIDÃO POSITIVA COM EFEITOS DE NEGATIVA, afim de que produza os jurídicos e legais efeitos.

Conforme disposto nos Art. 205 e 206 do CTN, este documento tem os mesmos efeitos da CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS.

DOCUMENTO VÁLIDO ATÉ 29/01/2022

Assinaturas e vistos

Sorriso - MT, terça-feira, 30 de novembro de 2021. Autenticação Mecânica

03771573301120210000004714202110150050000109290120220000000600915400012 0

Utilize o leitor de QR Code

A AUTENTICIDADE DO DOCUMENTO PODERÁ SER CONFIRMADA ATRAVÉS DA INTERNET NO ENDEREÇO http://prefsorriso-mt.agilicloud.com.br/portal/sorriso/#/autenticidade UTILIZANDO O CÓDIGO 2128531723

Voltar Imprimir

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

Certificado de Regularidade do FGTS - CRF

Inscrição: 06.009.154/0001-20
Razão Social: CALIFORNIA MUDAS LTDA ME
Endereço: AV NATALINO J BRESCANSIN 2018 / CENTRO / SORRISO / MT / 78890-000

A Caixa Econômica Federal, no uso da atribuição que lhe confere o Art. 7, da Lei 8.036, de 11 de maio de 1990, certifica que, nesta data, a empresa acima identificada encontra-se em situação regular perante o Fundo de Garantia do Tempo de Servico - FGTS.

O presente Certificado não servirá de prova contra cobrança de quaisquer débitos referentes a contribuições e/ou encargos devidos, decorrentes das obrigações com o FGTS.

Validade: 21/11/2021 a 20/12/2021

Certificação Número: 2021112101464160545574

Informação obtida em 30/11/2021 18:06:13

A utilização deste Certificado para os fins previstos em Lei esta condicionada a verificação de autenticidade no site da Caixa: **www.caixa.gov.br**

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal do Brasil
Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional

CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS RELATIVOS AOS TRIBUTOS FEDERAIS E À DÍVIDA ATIVA DA UNIÃO

Nome: CALIFORNIA MUDAS LTDA
CNPJ: 06.009.154/0001-20

Ressalvado o direito de a Fazenda Nacional cobrar e inscrever quaisquer dívidas de responsabilidade do sujeito passivo acima identificado que vierem a ser apuradas, é certificado que não constam pendências em seu nome, relativas a créditos tributários administrados pela Secretaria da Receita Federal do Brasil (RFB) e a inscrições em Dívida Ativa da União (DAU) junto à Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional (PGFN).

Esta certidão é válida para o estabelecimento matriz e suas filiais e, no caso de ente federativo, para todos os órgãos e fundos públicos da administração direta a ele vinculados. Refere-se à situação do sujeito passivo no âmbito da RFB e da PGFN e abrange inclusive as contribuições sociais previstas nas alíneas 'a' a 'd' do parágrafo único do art. 11 da Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991.

A aceitação desta certidão está condicionada à verificação de sua autenticidade na Internet, nos endereços <http://rfb.gov.br> ou <http://www.pgfn.gov.br>.

Certidão emitida gratuitamente com base na Portaria Conjunta RFB/PGFN nº 1.751, de 2/10/2014.
Emitida às 12:00:55 do dia 25/10/2021 <hora e data de Brasília>.
Válida até 23/04/2022.
Código de controle da certidão: **A563.6757.4441.40B9**
Qualquer rasura ou emenda invalidará este documento.

SIMPLES NACIONAL

Declaração de Informações Socioeconômicas e Fiscais (DEFIS)

Exercício: 2021

Ano Calendário: 2020

RECIBO DE ENTREGA

DECLARAÇÃO ORIGINAL

Período abrangido pela Declaração: **01/01/2020 a 31/12/2020**

1. Informações do Contribuinte

Nome empresarial	CNPJ da Matriz
CALIFORNIA MUDAS LTDA	**06.009.154/0001-20**
Data da Abertura no CNPJ	Optante pelo Simples Nacional
25/11/2003	**Sim**
Regime de Apuração	
Competência	
CNPJ das Filiais Presentes Nesta Declaração	
Nenhuma	

2. Informações da Recepção da Declaração

Data e Horário da Transmissão da Declaração
24/03/2021 10:50:51
Número do Recibo
02.07.21083.0116835-0
Autenticação
06169.00279.91518.54558

SIMPLES NACIONAL

Declaração de Informações Socioeconômicas e Fiscais (DEFIS)

Declaração Original **Exercício 2021** **Ano-Calendário 2020**

Período abrangido pela Declaração: **01/01/2020 a 31/12/2020**

1. Identificação do Contribuinte

CNPJ Matriz: **06.009.154/0001-20**
Nome empresarial: **CALIFORNIA MUDAS LTDA**
Data de abertura no CNPJ: **25/11/2003**
Regime de Apuração: **competência**
Optante pelo Simples Nacional: **Sim**

1.1 CNPJ das Filiais Presentes nesta declaração:

Nenhuma.

2. Informações Econômico-Fiscais da Pessoa Jurídica

Ganhos de capital	R$ 0,00
Quantidade de empregados no início do período abrangido pela declaração	2
Quantidade de empregados no final do período abrangido pela declaração	3
Receita proveniente de exportação direta	R$ 0,00
Lucro superior ao limite de que trata o § 1° do art. 6° da resolução CGSN n° 4 de 30/05/2007, no período abrangido por esta declaração	R$ 0,00
Total de ganhos líquidos auferidos em operações de renda variável	R$ 0,00

2.1 Receita proveniente de exportação por meio de comercial exportadora

CNPJ da comercial exportadora	Valor
-	-

2.2 Identificação e Rendimentos dos Sócios

CPF do sócio: 690.768.631-72

Nome: ROSIMERI DOS PASSOS TOGNI

Rendimentos isentos pagos ao sócio pela empresa	R$ 0,00
Rendimentos tributáveis pagos ao sócio pela empresa	R$ 12.534,00
Percentual de participação do sócio no capital social da empresa no	50,00%

último dia do período abrangido pela declaração

Imposto de renda retido na fonte sobre os rendimentos pagos ao sócio pela ME/EPP	R$ 0,00

CPF do sócio: 799.381.591-68

Nome: DIRCEU ANTONIO ZANATTA

Rendimentos isentos pagos ao sócio pela empresa	R$ 0,00
Rendimentos tributáveis pagos ao sócio pela empresa	R$ 0,00
Percentual de participação do sócio no capital social da empresa no último dia do período abrangido pela declaração	50,00%
Imposto de renda retido na fonte sobre os rendimentos pagos ao sócio pela ME/EPP	R$ 0,00

2.3 Percentual de participação em cotas em tesouraria no capital social da empresa (%)	0,00%

2.4 Doações à Campanha Eleitoral

CNPJ do Beneficiário	Nome do Beneficiário	Tipo de Beneficiário	Forma de Doação	Valor
-	-	-	-	-

3. Informações Econômicas e Fiscais dos Estabelecimentos

Estabelecimento: 06.009.154/0001-20 UF: MT

Estoque inicial do período abrangido pela declaração	R$ 134.406,51
Estoque final do período abrangido pela declaração	R$ 231.420,06
Saldo em caixa/banco no início do período abrangido pela declaração	R$ 0,00
Saldo em caixa/banco no final do período abrangido pela declaração	R$ 0,00
Total de aquisições de mercadorias para comercialização ou industrialização no período abrangido pela declaração	R$ 282.290,06
Aquisições no mercado interno	R$ 282.290,06
Importações	R$ 0,00
Total de entradas de mercadorias por transferência para comercialização	R$ 0,00

ou industrialização no período abrangido pela declaração	-
Total de saídas de mercadorias por transferência para comercialização ou industrialização no período abrangido pela declaração	R$ 0,00
Total de devoluções de vendas de mercadorias para comercialização ou industrialização no período abrangido pela declaração	R$ 0,00
Total de devoluções de compras de mercadorias para comercialização ou industrialização no período abrangido pela declaração	R$ 536,00
Total de entradas no período abrangido pela declaração	R$ 325.241,92
Total de despesas no período abrangido pela declaração	R$ 88.780,97

Total de entradas interestaduais por UF

UF	Valor
MG	R$ 17.274,10
MS	R$ 21.086,83
PR	R$ 38.853,25
RJ	R$ 387,19
RS	R$ 4.212,50
SC	R$ 85.666,86
SP	R$ 78.057,13

Total de saídas interestaduais por UF

UF	Valor
SC	R$ 1.254,00

Valor do ISS retido na fonte no ano-calendário, por Município

UF	Município	Valor
-	-	-

Prestações de Serviços de Comunicação

UF onde o serviço foi prestado	Município onde o serviço foi prestado	Valor
-	-	-

Informações sobre prestação de serviços de transporte de cargas interestadual e/ou intermunicipal, e de transporte intermunicipal e interestadual de passageiros autorizados no inciso VI do art. 17 da LC 123 com e sem substituição tributária

Valor total do frete:	-	
UF de origem	Município onde se iniciou a prestação do serviço	Valor da Prestação (R$)
-	-	-

4. Informações da Recepção da Declaração

Data e Horário da transmissão da Declaração: 24/03/2021 10:50:51

Número do Recibo: 02.07.21083.0116835-0

Autenticação: 06169.00279.91518.54558

DETRAN- MT

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO - DIGITAL

CÓDIGO RENAVAM
00231509880

PLACA	EXERCÍCIO
NUG4868	2021

ANO FABRICAÇÃO	ANO MODELO
2010	2011

NÚMERO DO CRV

213175947247

Valide este QRCode com app Vio

CÓDIGO DE SEGURANÇA DO CLA	CAT
24131055852	***

MARCA / MODELO / VERSÃO

GM/S10 EXECUTIVE D

ESPÉCIE / TIPO

ESPECIAL CAMINHONETE

PLACA ANTERIOR / UF	CHASSI
NUG4868/SP	9BG138SJ0BC419600

COR PREDOMINANTE	COMBUSTÍVEL
PRATA	DIESEL

CATEGORIA	CAPACIDADE
PARTICULAR	1.0

POTÊNCIA/CILINDRADA	PESO BRUTO TOTAL
140CV/2800	2.9

MOTOR	CMT	EIXOS	LOTAÇÃO
M1A368315	3.7	*	05P

CARROCERIA

ABERTA/CABINE DUPLA

NOME

CALIFORNIA MUDAS LTDA

CPF / CNPJ

06.009.154/0001-20

LOCAL	DATA
SORRISO MT	01/11/2021

ASSINADO DIGITALMENTE PELO DETRAN

DADOS DO SEGURO DPVAT

CAT. TARIF	DATA DE QUITAÇÃO	PAGAMENTO
*	*	☐ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO

REPASSE OBRIGATÓRIO AO FUNDO NACIONAL DE SAÚDE (R$)	CUSTO DO BILHETE (R$)	CUSTO EFETIVO DO SEGURO (R$)
*	*	*

REPASSE OBRIGATÓRIO AO DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO (R$)	VALOR DO IOF (R$)	VALOR TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R$)
*	*	*

OBSERVAÇÕES DO VEÍCULO

ALF: C. C. INT. SOL. UNIAO DOS P
INHAIS - CRESOL UNIAO DOS PINHAI
S

INFORMAÇÕES DO SEGURO DPVAT

MENSAGENS DENATRAN

CARTEIRA DIGITAL DE TRÂNSITO



DENATRAN

Para sua comodidade, você pode acessar este documento diretamente pelo seu celular. Baixe o aplicativo **Carteira Digital de Trânsito - CDT** e tenha acesso ao licenciamento de seu veículo além de muitas outras funcionalidades.

Com a Carteira Digital de Trânsito - CDT você pode:

- Consultar suas infrações e pagar multas com desconto
- Acessar a versão digital da CNH
- Acessar a versão digital deste licenciamento
- Compartilhar o licenciamento com outra pessoa
- Indicar o principal condutor
- Receber avisos de recall

Baixe agora a Carteira Digital de Trânsito - CDT nas lojas Google Play ou App Store

DETRAN- MT

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO - DIGITAL

Valide este QRCode com app Vlo

CÓDIGO RENAVAM	
01161652636	
PLACA	EXERCÍCIO
GBQ9699	2021
ANO FABRICAÇÃO	ANO MODELO
2018	2018
NÚMERO DO CRV	
***	

CÓDIGO DE SEGURANÇA DO CLA	CAT
02188489451	***

MARCA / MODELO / VERSÃO

I/TOYOTA HILUX CDSRVA4GF

ESPÉCIE / TIPO

ESPECIAL CAMINHONETE

PLACA ANTERIOR / UF	CHASSI
GBQ9699/SP	8AJHC8CD2J0038272

COR PREDOMINANTE	COMBUSTÍVEL
BRANCA	ALCOOL/GASOLINA

CATEGORIA	CAPACIDADE
PARTICULAR	0.83

POTÊNCIA/CILINDRADA	PESO BRUTO TOTAL
159CV/2694	2.8

MOTOR	CMT	EIXOS	LOTAÇÃO
2TRA465732	5.3	2	05P

CARROCERIA

ABERTA/CABINE DUPLA

NOME

CALIFORNIA MUDAS LTDA

CPF / CNPJ

06.009.154/0001-20

LOCAL	DATA
SORRISO MT	01/12/2021

ASSINADO DIGITALMENTE PELO DETRAN

DADOS DO SEGURO DPVAT

CAT. TARIF	DATA DE QUITAÇÃO	PAGAMENTO
*	*	☐ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO

REPASSE OBRIGATÓRIO AO FUNDO NACIONAL DE SAÚDE (R$)	CUSTO DO BILHETE (R$)	CUSTO EFETIVO DO SEGURO (R$)
*	*	*

REPASSE OBRIGATÓRIO AO DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO (R$)	VALOR DO IOF (R$)	VALOR TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R$)
*	*	*

OBSERVAÇÕES DO VEÍCULO

ALF: BV FINANCEIRA SA

INFORMAÇÕES DO SEGURO DPVAT

MENSAGENS DENATRAN

CARTEIRA DIGITAL DE TRÂNSITO



DENATRAN

Para sua comodidade, você pode acessar este documento diretamente pelo seu celular. Baixe o aplicativo **Carteira Digital de Trânsito - CDT** e tenha acesso ao licenciamento de seu veículo além de muitas outras funcionalidades.

Com a Carteira Digital de Trânsito - CDT você pode:

- Consultar suas infrações e pagar multas com desconto
- Acessar a versão digital da CNH
- Acessar a versão digital deste licenciamento de veículo
- Compartilhar o licenciamento do veículo
- Indicar o principal condutor
- Receber alerta de roubo

Baixe agora a Carteira Digital de Trânsito - CDT nas lojas Google Play ou App Store

DETRAN- MT

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO - DIGITAL

CÓDIGO RENAVAM
01039038856

PLACA
AZI7J54

EXERCÍCIO
2021

ANO FABRICAÇÃO
2014

ANO MODELO
2015

NÚMERO DO CRV
213178413758

Valide este QRCode com app Vio

CÓDIGO DE SEGURANÇA DO CLA
65865050415

CAT
***

MARCA / MODELO / VERSÃO
I/M.BENZ 415CDISPRINTERM

ESPÉCIE / TIPO
PASSAGEIRO MICROONIBUS

PLACA ANTERIOR / UF
AZI7954/PR

CHASSI
8AC906633FE105050

COR PREDOMINANTE
BRANCA

COMBUSTÍVEL
DIESEL

CATEGORIA
PARTICULAR

CAPACIDADE
.

POTÊNCIA/CILINDRADA
146CV/****

PESO BRUTO TOTAL
3.88

MOTOR
651955W0043050

CMT
5.5

EIXOS
2

LOTAÇÃO
16P

CARROCERIA
NãO APLICAVEL

NOME
CALIFORNIA MUDAS LTDA

CPF / CNPJ
06.009.154/0001-20

LOCAL
SORRISO MT

DATA
02/08/2021

ASSINADO DIGITALMENTE PELO DETRAN

DADOS DO SEGURO DPVAT

CAT. TARIF	DATA DE QUITAÇÃO	PAGAMENTO
*	*	☐ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO

REPASSE OBRIGATÓRIO AO FUNDO NACIONAL DE SAÚDE (R$)	CUSTO DO BILHETE (R$)	CUSTO EFETIVO DO SEGURO (R$)
*	*	*

REPASSE OBRIGATÓRIO AO DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO (R$)	VALOR DO IOF (R$)	VALOR TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R$)
*	*	*

OBSERVAÇÕES DO VEÍCULO

ALF: COOP. DE CRED. POUPANCA E I
NV. SORRISO - SICREDI CELEIRO

INFORMAÇÕES DO SEGURO DPVAT

MENSAGENS DENATRAN

CARTEIRA DIGITAL DE TRÂNSITO



DENATRAN

Para sua comodidade, você pode acessar este documento diretamente pelo seu celular. Baixe o aplicativo **Carteira Digital de Trânsito - CDT** e tenha acesso ao licenciamento de seu veículo além de muitas outras funcionalidades.

Com a Carteira Digital de Trânsito - CDT você pode:

- Consultar suas infrações e pagar multas com desconto
- Acessar a versão digital da CNH (para CNH emitidas após 05/2017)
- Acessar a versão digital deste licenciamento (CRLV digital)
- Compartilhar o licenciamento com até 5 pessoas
- Indicar o principal condutor
- Receber avisos de recall

Baixe agora a Carteira Digital de Trânsito - CDT nas lojas Google Play ou App Store

PRO LABORE SAUDE OCUPACIONAL LTDA

PRO LABORE

AV Blumenau, Nº 2.947 - Sala 6 - Centro - Sorriso/MT - CEP: 78890-168

Atend. Nº: 12200

Emissão: 19/07/2021 09:56:29

Em cumprimento ao Capitulo V da CLT Lei 6.514/77, artigo 168 - § 1º e 3º, e Portarias nºs 3.214/78, 3.164/82, 24/94 e 8/96, da NR-7 da Secretaria de Trabalho, foi emitido o:

ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL (ASO) - ADMISSIONAL

Empresa
CALIFORNIA MUDAS LTDA 13.244.679-0

CNPJ
06.009.154/0001-20

Endereço
R PORTO SEGURO, Nº 838 - LOTE 37 QUADRA10-A - AREA DE EXPANSAO URB - Sorriso/MT -



Funcionário
ADRIANO PEREIRA

CPF
036.797.691-99

RG	Nascimento	Idade	Sexo	Estado Civil
	19/04/1987	34a 03m	Masculino	Solteiro(a)

Ambiente de Trabalho
OPERACIONAL

Cargo
JARDINEIRO

Foi clinicamente examinado(a), estando exposto(a) aos seguintes fatores de riscos :

Ausência de Fatores de Risco. Ausência de Fator de Risco

Sendo submetido(a) aos seguintes procedimentos diagnósticos:

Cod	Procedimentos Realizados	Data Realizada	Validade	Cod	Procedimentos Realizados	Data Realizada	Validade
(0295)	EX. MÉDICO ADMISSIONAL - AV.CLÍN.ANAMNESE OCUP. FISICO E MENTAL	19/07/2021	12 meses				

Sendo Considerado Apto (X) Função Descrita

Data: 19/07/2021 Inapto ( )

Parecer Médico:

Médico(a) Examinador(a)
Dr(a): DRA. GABRIELA HAAS
CRM: 8314/MT

Adriano Pereira

Declaro ter recebido 2ª via e autorizo a divulgação dos dados e resultados para empresa contratante.

Responsável Técnico - Médico(a) do Trabalho: Dr(a). DR NIVALDO DE SOUSA RAMOS - CRM: 2704/MT - RQE: 10/MT
Este documento deve ser arquivado no Departamento Médico da Empresa ou do serviço contratado, na ficha do funcionário.

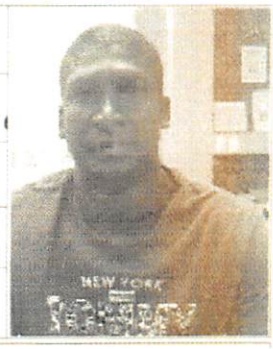
PRO LABORE SAUDE OCUPACIONAL LTDA

AV Blumenau, Nº 2.947 - Sala 6 - Centro - Sorriso/MT - CEP: 78890-168

Atend. Nº: 12208
Emissão: 19/07/2021 10:34:02

Em cumprimento ao Capitulo V da CLT Lei 6.514/77, artigo 168 - § 1º e 3º, e Portarias nºs 3.214/78, 3.164/82, 24/94 e 8/96, da NR-7 da Secretaria de Trabalho, foi emitido o:

ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL (ASO) - ADMISSIONAL



Empresa			**CNPJ**	
CALIFORNIA MUDAS LTDA 13.244.679-0			06.009.154/0001-20	
Endereço				
R PORTO SEGURO, Nº 838 - LOTE 37 QUADRA10-A - AREA DE EXPANSAO URB - Sorriso/MT - (				
Funcionário			**CPF**	
AMARILDO DE ASSIS NASCIMENTO			922.704.411-68	
RG	**Nascimento**	**Idade**	**Sexo**	**Estado Civil**
21408920	07/10/1982	38a 09m	Masculino	Casado(a)
Ambiente de Trabalho			**Cargo**	
OPERACIONAL			ENCARREGADO	

Foi clinicamente examinado(a), estando exposto(a) aos seguintes fatores de riscos :

Ausência de Fatores de Risco. Ausência de Fator de Risco

PF

Sendo submetido(a) aos seguintes procedimentos diagnósticos:

Cod	Procedimentos Realizados	Data Realizada	Validade	Cod	Procedimentos Realizados	Data Realizada	Validade
(0295)	EX. MÉDICO ADMISSIONAL - AV.CLIN.ANAMNESE OCUP. FISICO E MENTAL	19/07/2021	12 meses				

Sendo Considerado Apto (X) Função Descrita
Data: 19/07/2021 Inapto ( )
Parecer Médico:

Médico(a) Examinador(a)
Dr(a): DRA. GABRIELA HAAS
CRM: 8314/MT

Declaro ter recebido 2ª via e autorizo a divulgação dos dados e resultados para empresa contratante.

Responsável Técnico - Médico(a) do Trabalho: Dr(a): DR NIVALDO DE SOUSA RAMOS - CRM: 2704/MT - RQE: 10/MT
Este documento deve ser arquivado no Departamento Médico da Empresa ou do serviço contratado, na ficha do funcionário.

PRO LABORE SAUDE OCUPACIONAL LTDA

PRO LABORE

AV Blumenau, Nº 2.947 - Sala 6 - Centro - Sorriso/MT - CEP: 78890-168

Atend. Nº: 16771

Emissão: 15/10/2021 15:03:57

Em cumprimento ao Capítulo V da CLT Lei 6.514/77, artigo 168 - § 1º e 3º, e Portarias nºs 3.214/78, 3.164/82, 24/94 e 8/96, da NR-7 da Secretaria de Trabalho, foi emitido o:

ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL (ASO) - ADMISSIONAL

Empresa
CALIFORNIA MUDAS LTDA 13.244.679-0 (M)

CNPJ
06.009.154/0001-20

Endereço
R PORTO SEGURO, Nº 838 - LOTE 37 QUADRA10-A - AREA DE EXPANSAO URB - Sorriso/MT - CEP: 78890-000

Funcionário
CLEIDE ROSA PEREIRA DO NASCIMENTO

CPF
420.749.161-91

RG	Nascimento	Idade	Sexo	Estado Civil
2701601-3	27/07/1965	56a 02m	Feminino	Viúvo(a)

Ambiente de Trabalho
OPERACIONAL

Cargo
AGENTE DE CONSERVAÇÃO

Foi clinicamente examinado(a), estando exposto(a) aos seguintes fatores de riscos :

Ausência de Fatores de Risco. Ausência de Fator de Risco

Sendo submetido(a) aos seguintes procedimentos diagnósticos:

Cod	Procedimentos Realizados	Data Realizada	Validade	Cod	Procedimentos Realizados	Data Realizada	Validade
(0295)	EX. MÉDICO ADMISSIONAL-AV.CLÍN.ANAMNESE OCUP. FISICO E MENTAL	15/10/2021	12 meses				

Sendo Considerado Apto (X) Função Descrita

Data: 15/10/2021 Inapto ( )

Parecer Médico:

Thais Beckert Matz
CRM 12749/MT

Médico(a) Examinador(a)
Dr(a). DRA. THAIS BECKERT MATZ
CRM: 12749/MT

Cleide Rosa Pereira do Nascimento

Recebi a 2ª Via - Funcionário(a)

Responsável Técnico - Medico(a) do Trabalho: Dr(a). DR NIVALDO DE SOUSA RAMOS - CRM: 2704/MT - RQE: 10/MT
Este documento deve ser arquivado no Departamento Médico da Empresa ou do serviço contratado, na ficha do funcionário.

PRO LABORE SAUDE OCUPACIONAL LTDA

PRO LABORE *AV Blumenau, Nº 2.947 - Sala 6 - Centro - Sorriso/MT - CEP: 78890-168* **Atend. Nº:** 16906

Emissão: 20/10/2021 08:24:59

Em cumprimento ao Capitulo V da C.L.T Lei 6.514/77, artigo 168 - § 1º e 3º, e Portarias nºs 3.214/78, 3.164/82, 24/94 e 8/96, da NR-7 da Secretaria de Trabalho, foi emitido o.

ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL (ASO) - ADMISSIONAL

Empresa
CALIFORNIA MUDAS LTDA 13.244.679-0 (M)

CNPJ
06.009.154/0001-20

Endereço
R PORTO SEGURO, Nº 838 - LOTE 37 QUADRA 10-A - AREA DE EXPANSAO URB - Sorriso/MT - CEP: 78890-000

Funcionário
DALVA COSTA

CPF
827.759.902-15

RG	Nascimento	Idade	Sexo	Estado Civil
016953282001-2	10/09/1982	39a 01m	Feminino	Solteiro(a)

Ambiente de Trabalho
OPERACIONAL

Cargo
AGENTE DE CONSERVAÇÃO

Foi clinicamente examinado(a), estando exposto(a) aos seguintes fatores de riscos :

Ausência de Fatores de Risco Ausência de Fator de Risco

Sendo submetido(a) aos seguintes procedimentos diagnósticos:

Cod	Procedimentos Realizados	Data Realizada	Validade	Cod	Procedimentos Realizados	Data Realizada	Validade
(0295)	EX. MÉDICO ADMISSIONAL - AV CLIN ANAMNESE OCUP. FISICO E MENTAL	20/10/2021	12 meses				

Sendo Considerado **Apto (X)** Função Descrita

Data: 20/10/2021 **Inapto ( )**

Parecer Médico:

Médico(a) Examinador(a)
Dr(a) DRA. GABRIELA HAAS
CRM: 8314/MT

Dalva Costa
Recebi a 2ª Via - Funcionário(a)

Responsável Técnico - Medico(a) do Trabalho: Dr(a) DR NIVALDO DE SOUSA RAMOS - CRM: 2704/MT - RQE: 10/MT
Este documento deve ser arquivado no Departamento Médico da Empresa ou do serviço contratado, na ficha do funcionário.

PRO LABORE CNES: 7933290
Medicina do Trabalho
Endereço da clínica - Bairro - Cidade UF || Telefone
site | e-mail

ASO - ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL

n.º 29402

Em cumprimento a Legislação Trabalhista Art. 168 e 169 da Seção V do Titulo II da CLT - Consolidação das Leis do Trabalho e Leis 7855/89 e 6514/77, portaria 3214/78 (NR-7), portaria n.º 24 de 29/12/1994 - PCMSO Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional, e Decreto 8.373/2014 para atendimento as declarações obrigatórias ao eSocial versão 2.4.02 NDE 01/18.

Funcionário: FRANCISCO ALVES DOS SANTOS CARDOSO **Data de Nascimento:** 04/06/1988 - 30 anos **RG:** CPF: 035.244.123-27- SSP/MT

Empresa: CALIFORNIA MUDAS LTDA
Endereço: R PORTO SEGURO 838 LOTE37QUADRA10-A **CNPJ:** 06.009.154/0001-20 **I.E.:** 13.244.679-0
Cidade: SORRISO **Bairro:** AREA DE EXPANSAO URBANA
Validade ASO: 06/09/2019

Função: JARDINEIRO
Setor: JARDINAGEM **Data do exame:** 06/09/2018

Tipo de exame: ADMISSIONAL

RISCOS OCUPACIONAIS

Grupo:	Risco:	Cód. Ref. Tab. 23 eSocial
Grupo 5 - Risco Acidente	INCIDENTES E ACIDENTES	05.01.999

PROCEDIMENTOS A QUE FOI SUBMETIDO

Procedimento:	Data:	Cód. Tabela 27 eSocial:
AVALIAÇÃO CLÍNICA, ABRANGENDO ANAMNESE OCUPACIONAL E EXAME FISICO E MENTAL	06/09/2018	0295
ACUIDADE VISUAL	06/09/2018	0296

CONCLUSÃO DO EXAME

Atesto, em cumprimento à NR 7 que o funcionário supracitado, foi examinado nesta data, sendo o resultado de avaliação considerado:

(X) Apto ( ) Inapto

Atestado sem vinculo com o PCMSO da empresa

WALTER PRIMO PERIM JUNIOR
CRM 6105-MT
CPF: 177.610.118-93 - NIS: 12444805129
Ass. e carimbo do médico examinador
Local do atedimento: PRO LABORE - SORRISO MT

Para verificar a autenticidade deste ASO, acesse www.prolaboremt.com.br/validacao
Chave: SXL5NWLI-Y0Z10RK8

RECIBO

Declaro para os fins de direitos que fui clinicamente examinado e recebi a 2ª via do Atestado de Saúde Ocupacional:

FRANCISCO ALVES DOS SANTOS CARDOSO - 06/09/2018

PRO LABORE SAUDE OCUPACIONAL LTDA

PRO LABORE Medicina do Trabalho

AV Blumenau, Nº 2.947 - Sala 6 - Centro - Sorriso/MT - CEP: 78890-168

Atend. Nº: 7654
Emissão: 12/04/2021 14:20:42

Em cumprimento ao Capítulo V da CLT Lei 6.514/77 - artigo 168 § 1º e 3º e Portarias Nºs 3.214/78, 3.164/2, 24/94 e 8/96 NR-7 do Ministério do Trabalho e Emprego foi emitido o:

ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL (ASO) - ADMISSIONAL

Empresa	**CNPJ**
CALIFORNIA MUDAS LTDA	06.009.154/0001-20
Endereço	
R PORTO SEGURO, Nº 838 - LOTE 37 QUADRA10-A - AREA DE EXPANSAO URB - Sorriso/MT - CEP: 78890-000	
Funcionário	**CPF**
FRANCISCO JORDECI DE ANDRADE	843.819.062-68

RG	Nascimento	Idade	Sexo	Estado Civil
875789	18/08/1971	49a 07m	Masculino	Solteiro(a)

Ambiente de Trabalho	Cargo
OPERACIONAL	SERVIÇOS GERAIS

Foi clinicamente examinado(a), estando exposto(a) aos seguintes fatores de riscos :

Ausência de Fatores de Risco: Ausência de Fator de Risco

Sendo submetido(a) aos seguintes procedimentos diagnósticos:

Cod	Procedimentos Realizados	Data Realizada	Validade	Cod	Procedimentos Realizados	Data Realizada	Validade
(0295)	EX. MÉDICO ADMISSIONAL-AV.CLÍN.ANAMNESE OCUP. FISICO E MENTAL	12/04/2021					

Sendo Considerado Apto (X) Função Descrita
Data: 12/04/2021 Inapto ( )
Parecer Médico: PACIENTE SEM QUEIXAS.

Dr. Layon Victor F. Dias
Médico
CRM-MT 10722

Médico(a) Examinador(a)
Dr(a). DR. LAYON VICTOR FERREIRA DIAS
CRM: 0010722/MT

Declaro ter recebido 2ª via e autorizo a divulgação dos dados e resultados para empresa contratante.

Responsável Técnico - Médico(a) do Trabalho: Dr(a). DR NIVALDO DE SOUSA RAMOS - CRM: 2704/MT - RQE: 10/MT
Este documento deve ser arquivado no Departamento Médico da Empresa ou do serviço contratado, na ficha do funcionário.

PRO LABORE SAUDE OCUPACIONAL LTDA

PRO LABORE

AV Blumenau, Nº 2.947 - Sala 6 - Centro - Sorriso/MT - CEP: 78890-168

Atend. Nº: 12322

Emissão: 21/07/2021 09:25:12

Em cumprimento ao Capítulo V da CLT Lei 6.514/77, artigo 168 - § 1º e 3º, e Portarias nºs 3.214/78, 3.164/82, 24/94 e 8/96, da NR-7 da Secretaria de Trabalho, foi emitido o:

ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL (ASO) - ADMISSIONAL



Empresa
CALIFORNIA MUDAS LTDA 13.244.679-0

CNPJ
06.009.154/0001-20

Endereço
R PORTO SEGURO, Nº 838 - LOTE 37 QUADRA10-A - AREA DE EXPANSAO URB - Sorriso/MT - (

Funcionário
FRANCISCO PEREIRA DA CONCEICAO

CPF
623.149.043-20

RG	Nascimento	Idade	Sexo	Estado Civil
1762270	14/11/1967	53a 08m	Masculino	Outro

Ambiente de Trabalho
OPERACIONAL

Cargo
AGENTE DE CONSERVAÇÃO

Foi clinicamente examinado(a), estando exposto(a) aos seguintes fatores de riscos :

Sendo submetido(a) aos seguintes procedimentos diagnósticos:

Cod	Procedimentos Realizados	Data Realizada	Validade	Cod	Procedimentos Realizados	Data Realizada	Validade
(0295)	EX. MEDICO ADMISSIONAL- AV CLIN.ANAMNESE OCUP. FISICO E MENTAL	21/07/2021	12 meses				

Sendo Considerado Apto (X) Função Descrita

Data: 21/07/2021 Inapto ( )

Parecer Médico:

Médico(a) Examinador(a)
Dr(a). DRA. GABRIELA HAAS
CRM: 8314/MT

Erondino Pereira da Conceição

Declaro ter recebido 2ª via e autorizo a divulgação dos dados e resultados para empresa contratante.

Responsável Técnico - Médico(a) do Trabalho: Dr(a). DR NIVALDO DE SOUSA RAMOS - CRM: 2704/MT - RQE: 10/MT
Este documento deve ser arquivado no Departamento Médico da Empresa ou do serviço contratado, na ficha do funcionário.

PRO LABORE SAUDE OCUPACIONAL LTDA

PRO LABORE

AV Blumenau, Nº 2.947 - Sala 6 - Centro - Sorriso/MT - CEP: 78890-168

Atend. Nº: 12978
Emissão: 03/08/2021 08:50:43

Em cumprimento ao Capitulo V da CLT Lei 6.514/77, artigo 168 - § 1º e 3º, e Portarias nºs 3.214/78, 3.164/82, 24/94 e 8/96, da NR-7 da Secretaria de Trabalho, foi emitido o:

ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL (ASO) - ADMISSIONAL

Empresa	CNPJ
CALIFORNIA MUDAS LTDA 13.244.679-0	06.009.154/0001-20

Endereço
R PORTO SEGURO, Nº 838 - LOTE 37 QUADRA10-A - AREA DE EXPANSAO URB - Sorriso/MT - CEP: 78890-000

Funcionário	CPF
GEOVANA KAROLEM CARDOSO DE ARAUJO	614.124.103-47

RG	Nascimento	Idade	Sexo	Estado Civil
0540134720149	12/12/1995	25a 07m	Feminino	Casado(a)

Ambiente de Trabalho	Cargo
OPERACIONAL	AGENTE DE CONSERVAÇÃO

Foi clinicamente examinado(a), estando exposto(a) aos seguintes fatores de riscos :

Ausência de Fatores de Risco: Ausência de Fator de Risco

Sendo submetido(a) aos seguintes procedimentos diagnósticos:

Cod	Procedimentos Realizados	Data Realizada	Validade	Cod	Procedimentos Realizados	Data Realizada	Validade
(0295)	EX. MÉDICO ADMISSIONAL - AV CLÍN ANAMNESE OCUP. FISICO E MENTAL	03/08/2021	12 meses				

Sendo Considerado Apto (X) Função Descrita
Data: 03/08/2021 Inapto ( )
Parecer Médico:

Médico(a) Examinador(a)
Dr(a): DRA. GABRIELA HAAS
CRM: 8314/MT

geovana karolem cardoso de araujo
Declaro ter recebido 2ª via e autorizo a divulgação dos dados e resultados para empresa contratante.

Responsável Técnico - Médico(a) do Trabalho: Dr(a). DR NIVALDO DE SOUSA RAMOS - CRM: 2704/MT - RQE: 10/MT
Este documento deve ser arquivado no Departamento Médico da Empresa ou do serviço contratado, na ficha do funcionário.

PRO LABORE SAUDE OCUPACIONAL LTDA

PRO LABORE

AV Blumenau, Nº 2.947 - Sala 6 - Centro - Sorriso/MT - CEP: 78890-168

Atend. Nº: 16768
Emissão: 15/10/2021 14:40:42

Em cumprimento ao Capítulo V da CLT Lei 6.514/77, artigo 168 - § 1º e 3º, e Portarias nºs 3.214/78, 3.164/82, 24/94 e 8/96, da NR-7 da Secretaria de Trabalho, foi emitido o:

ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL (ASO) - ADMISSIONAL

Empresa				**CNPJ**
CALIFORNIA MUDAS LTDA 13.244.679-0 (M)				06.009.154/0001-20
Endereço				
R PORTO SEGURO, Nº 838 - LOTE 37 QUADRA10-A - AREA DE EXPANSAO URB - Sorriso/MT - CEP: 78890-000				
Funcionário				**CPF**
IRONEIDE PEREIRA				019.172.173-58
RG	**Nascimento**	**Idade**	**Sexo**	**Estado Civil**
036876972009-0	05/07/1986	35a 03m	Feminino	Solteiro(a)
Ambiente de Trabalho		**Cargo**		
OPERACIONAL		AGENTE DE CONSERVAÇÃO		

Foi clinicamente examinado(a), estando exposto(a) aos seguintes fatores de riscos :

Ausência de Fatores de Risco Ausência de Fator de Risco

Sendo submetido(a) aos seguintes procedimentos diagnósticos:

Cod	Procedimentos Realizados	Data Realizada	Validade	Cod	Procedimentos Realizados	Data Realizada	Validade
(0295)	EX. MÉDICO ADMISSIONAL - AV CLIN ANAMNESE OCUP. FISICO E MENTAL	15/10/2021	12 meses				

Sendo Considerado **Apto (X)** Função Descrita
Data: 15/10/2021 **Inapto ( )**
Parecer Médico:

Thais Beckert Matz
Médica
CRM MT 12749

Médico(a) Examinador(a)
Dr(a). DRA. THAIS BECKERT MATZ
CRM: 12749/MT

I Roneide Pereira
Recebi a 2ª Via - Funcionário(a)

Responsável Técnico - Médico(a) do Trabalho: Dr(a). DR NIVALDO DE SOUSA RAMOS - CRM: 2704/MT - RQE: 10/MT
Este documento deve ser arquivado no Departamento Médico da Empresa ou do serviço contratado, na ficha do funcionário.

PRO LABORE SAUDE OCUPACIONAL LTDA

PRO LABORE

AV Blumenau, Nº 2.947 - Sala 6 - Centro - Sorriso/MT - CEP: 78890-168

Atend. Nº: 12265

Emissão: 20/07/2021 09:43:53

Em cumprimento ao Capítulo V da CLT Lei 6.514/77, artigo 168 - § 1º e 3º, e Portarias nºs 3.214/78, 3.164/82, 24/94 e 8/96, da NR-7 da Secretaria de Trabalho, foi emitido o:

ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL (ASO) - ADMISSIONAL



Empresa			**CNPJ**	
CALIFORNIA MUDAS LTDA 13.244.679-0			06.009.154/0001-20	
Endereço				
R PORTO SEGURO, Nº 838 - LOTE 37 QUADRA10-A - AREA DE EXPANSAO URB - Sorriso/MT - C				
Funcionário			**CPF**	
JACIANE PEREIRA			016.523.752-01	
RG	**Nascimento**	**Idade**	**Sexo**	**Estado Civil**
069153082019-6	30/05/1993	28a 01m	Feminino	Solteiro(a)
Ambiente de Trabalho			**Cargo**	
OPERACIONAL			AGENTE DE CONSERVAÇÃO	

Foi clinicamente examinado(a), estando exposto(a) aos seguintes fatores de riscos :

Ausência de Fatores de Risco Ausência de Fator de Risco

Sendo submetido(a) aos seguintes procedimentos diagnósticos:

Cod	Procedimentos Realizados	Data Realizada	Validade	Cod	Procedimentos Realizados	Data Realizada	Validade
(0295)	EX. MEDICO ADMISSIONAL - AV CLIN.ANAMNESE OCUP. FISICO E MENTAL	20/07/2021	12 meses				

Sendo Considerado Apto (X) Função Descrita

Data: 20/07/2021 Inapto ( )

Parecer Médico:

Médico(a) Examinador(a)
Dr(a). DRA. GABRIELA HAAS
CRM: 8314/MT

Jaciane Pereira

Declaro ter recebido 2ª via e autorizo a divulgação dos dados e resultados para empresa contratante.

Responsável Técnico - Medico(a) do Trabalho: Dr(a). DR NIVALDO DE SOUSA RAMOS - CRM: 2704/MT - RQE: 10/MT
Este documento deve ser arquivado no Departamento Médico da Empresa ou do serviço contratado, na ficha do funcionário.

PRO LABORE SAUDE OCUPACIONAL LTDA

PRO LABORE

AV Blumenau, Nº 2.947 - Sala 6 - Centro - Sorriso/MT - CEP: 78890-168

Atend. Nº: 13295

Emissão: 09/08/2021 09:02:42

Em cumprimento ao Capitulo V da CLT Lei 6.514/77, artigo 168 - § 1º e 3º, e Portarias nºs 3.214/78, 3.164/82, 24/94 e 8/96, da NR-7 da Secretaria de Trabalho, foi emitido o:

ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL (ASO) - ADMISSIONAL



Empresa				**CNPJ**
CALIFORNIA MUDAS LTDA 13.244.679-0 (M)				06.009.154/0001-20
Endereço				
R PORTO SEGURO, Nº 838 - LOTE 37 QUADRA10-A - AREA DE EXPANSAO URB - Sorriso/MT -				
Funcionário				**CPF**
JOSE ARNALDO SILVA				038.642.313-02
RG	**Nascimento**	**Idade**	**Sexo**	**Estado Civil**
029346072005-7	04/01/1976	45a 07m	Masculino	Solteiro(a)
Ambiente de Trabalho			**Cargo**	
OPERACIONAL			JARDINEIRO	

Foi clinicamente examinado(a), estando exposto(a) aos seguintes fatores de riscos :

Sendo submetido(a) aos seguintes procedimentos diagnósticos:

Cod	Procedimentos Realizados	Data Realizada	Validade	Cod	Procedimentos Realizados	Data Realizada	Validade
(0295)	EX. MÉDICO ADMISSIONAL-AV CLIN ANAMNESE OCUP. FISICO E MENTAL	09/08/2021	12 meses				

Sendo Considerado Apto (X) Função Descrita

Data: 09/08/2021 Inapto ( )

Parecer Médico:

Dra. Gabriela Haas
Médica Examinadora
CRM 8314-MT
Pro Labore

Médico(a) Examinador(a)
Dr(a): DRA. GABRIELA HAAS
CRM: 8314/MT

JOSE ARN ALSIVA

Declaro ter recebido 2ª via e autorizo a divulgação dos dados e resultados para empresa contratante.

Responsável Técnico - Médico(a) do Trabalho: Dr(a): DR NIVALDO DE SOUSA RAMOS - CRM: 2704/MT - RQE: 10/MT

Este documento deve ser arquivado no Departamento Médico da Empresa ou do serviço contratado, na ficha do funcionário.

PRO LABORE SAUDE OCUPACIONAL LTDA

PRO LABORE
Medicina do Trabalho

AV Blumenau, Nº 2.947 - Sala 6 - Centro - Sorriso/MT - CEP: 78890-168

Atend. Nº: 13577
Emissão: 13/08/2021 14:26:05

Em cumprimento ao Capítulo V da CLT Lei 6.514/77, artigo 168 - § 1º e 3º, e Portarias nºs 3.214/78, 3.164/82, 24/94 e 8/96, da NR-7 da Secretaria de Trabalho, foi emitido o:

ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL (ASO) - ADMISSIONAL



Empresa			**CNPJ**	
CALIFORNIA MUDAS LTDA 13.244.679-0 (M)			06.009.154/0001-20	
Endereço				
R PORTO SEGURO, Nº 838 - LOTE 37 QUADRA10-A - AREA DE EXPANSAO URB - Sorriso/MT - (				
Funcionário			**CPF**	
JOSE RIBAMAR SOUSA			001.982.583-80	
RG	**Nascimento**	**Idade**	**Sexo**	**Estado Civil**
0737101120219	22/11/1957	63a 08m	Masculino	Solteiro(a)
Ambiente de Trabalho			**Cargo**	
OPERACIONAL			JARDINEIRO	

Foi clinicamente examinado(a), estando exposto(a) aos seguintes fatores de riscos :

Ausência de Fatores de Risco: Ausência de Fator de Risco

Sendo submetido(a) aos seguintes procedimentos diagnósticos:

Cod	Procedimentos Realizados	Data Realizada	Validade	Cod	Procedimentos Realizados	Data Realizada	Validade
(0295)	EX. MÉDICO ADMISSIONAL - AV.CLIN.ANAMNESE OCUP. FÍSICO E MENTAL	13/08/2021	12 meses				

Sendo Considerado Apto (X) Função Descrita
Data: 13/08/2021 Inapto ( )
Parecer Médico:

Médico(a) Examinador(a)
Dr(a). DRA. GABRIELA HAAS
CRM: 8314/MT

José Ribamar Sousa
Declaro ter recebido 2ª via e autorizo a divulgação dos dados e resultados para empresa contratante.

Responsável Técnico - Médico(a) do Trabalho: Dr(a). DR NIVALDO DE SOUSA RAMOS - CRM: 2704/MT - RQE: 10/MT
Este documento deve ser arquivado no Departamento Médico da Empresa ou do serviço contratado, na ficha do funcionário.

PRO LABORE SAUDE OCUPACIONAL LTDA

PRO LABORE

AV Blumenau, Nº 2.947 - Sala 6 - Centro - Sorriso/MT - CEP: 78890-168

Atend. Nº: 12321
Emissão: 21/07/2021 09:23:24

Em cumprimento ao Capítulo V da CLT Lei 6.514/77, artigo 168 - § 1º e 3º, e Portarias nºs 3.214/78, 3.164/82, 24/94 e 8/96, da NR-7 da Secretaria de Trabalho, foi emitido o:

ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL (ASO) - ADMISSIONAL



Empresa			**CNPJ**	
CALIFORNIA MUDAS LTDA 13.244.679-0			06.009.154/0001-20	
Endereço				
R PORTO SEGURO, Nº 838 - LOTE 37 QUADRA10-A - AREA DE EXPANSAO URB - Sorriso/MT - (				
Funcionário			**CPF**	
LEIDMAR ALVES DA SILVA			041.517.493-73	
RG	**Nascimento**	**Idade**	**Sexo**	**Estado Civil**
3430238-7	24/08/1977	43a 10m	Feminino	Casado(a)
Ambiente de Trabalho			**Cargo**	
OPERACIONAL			AGENTE DE CONSERVAÇÃO	

Foi clinicamente examinado(a), estando exposto(a) aos seguintes fatores de riscos :

Ausência de Fatores de Risco: Ausência de Fator de Risco

Sendo submetido(a) aos seguintes procedimentos diagnósticos:

Cod	Procedimentos Realizados	Data Realizada	Validade	Cod	Procedimentos Realizados	Data Realizada	Validade
(0295)	EX. MÉDICO ADMISSIONAL - AV CLIN.ANAMNESE OCUP. FISICO E MENTAL	21/07/2021	12 meses				

Sendo Considerado Apto (X) Função Descrita
Data: 21/07/2021 Inapto ( )
Parecer Médico:

Médico(a) Examinador(a)
Dr(a): DRA. GABRIELA HAAS
CRM: 8314/MT

Leidmar Alves da Silva

Declaro ter recebido 2ª via e autorizo a divulgação dos dados e resultados para empresa contratante.

Responsável Técnico - Médico(a) do Trabalho: Dr(a): DR NIVALDO DE SOUSA RAMOS - CRM: 2704/MT - RQE: 10/MT
Este documento deve ser arquivado no Departamento Médico da Empresa ou do serviço contratado, na ficha do funcionário.

PRO LABORE SAUDE OCUPACIONAL LTDA

PRO LABORE

AV Blumenau, Nº 2.947 - Sala 6 - Centro - Sorriso/MT - CEP: 78890-168

Atend. Nº: 13509
Emissão: 11/08/2021 15:16:25

Em cumprimento ao Capitulo V da CLT Lei 6.514/77, artigo 168 - § 1º e 3º, e Portarias nºs 3.214/78, 3.164/82, 24/94 e 8/96, da NR-7 da Secretaria de Trabalho, foi emitido o:

ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL (ASO) - ADMISSIONAL

Empresa
CALIFORNIA MUDAS LTDA 13.244.679-0 (M)

CNPJ
06.009.154/0001-20

Endereço
R PORTO SEGURO, Nº 838 - LOTE 37 QUADRA10-A - AREA DE EXPANSAO URB - Sorriso/MT -

Funcionário
LENILSON LUCAS FRANCISCO

CPF
061.123.994-90

RG	Nascimento	Idade	Sexo	Estado Civil
2310535508	03/04/1975	46a 04m	Masculino	Solteiro(a)

Ambiente de Trabalho
OPERACIONAL

Cargo
JARDINEIRO



Foi clinicamente examinado(a), estando exposto(a) aos seguintes fatores de riscos :

Ausência de Fatores de Risco Ausência de Fator de Risco

Sendo submetido(a) aos seguintes procedimentos diagnósticos:

Cod	Procedimentos Realizados	Data Realizada	Validade	Cod	Procedimentos Realizados	Data Realizada	Validade
(0295)	EX. MÉDICO ADMISSIONAL-AV.CLÍN.ANAMNESE OCUP. FISICO E MENTAL	11/08/2021	12 meses				

Sendo Considerado Apto (X) Função Descrita
Data: 11/08/2021 Inapto ( )
Parecer Médico:

Médico(a) Examinador(a)
Dr(a): DRA. GABRIELA HAAS
CRM: 8314/MT

Declaro ter recebido 2ª via e autorizo a divulgação dos dados e resultados para empresa contratante.

Responsável Técnico - Médico(a) do Trabalho: Dr(a). DR NIVALDO DE SOUSA RAMOS - CRM: 2704/MT - RQE: 10/MT
Este documento deve ser arquivado no Departamento Médico da Empresa ou do serviço contratado, na ficha do funcionário.

PRO LABORE SAUDE OCUPACIONAL LTDA

PRO LABORE

AV Blumenau, Nº 2.947 - Sala 6 - Centro - Sorriso/MT - CEP: 78890-168

Atend. Nº: 13469

Emissão: 11/08/2021 09:43:20

Em cumprimento ao Capítulo V da CLT Lei 6.514/77, artigo 168 - § 1º e 3º, e Portarias nºs 3.214/78, 3.164/82, 24/94 e 8/96, da NR-7 da Secretaria de Trabalho, foi emitido o:

ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL (ASO) - ADMISSIONAL

Empresa	**CNPJ**
CALIFORNIA MUDAS LTDA 13.244.679-0 (M)	06.009.154/0001-20

Endereço
R PORTO SEGURO, Nº 838 - LOTE 37 QUADRA10-A - AREA DE EXPANSAO URB - Sorriso/MT - CEP: 78890-000

Funcionário	**CPF**
LUCIENE DA SILVA NASCIMENTO	616.075.323-10

RG	**Nascimento**	**Idade**	**Sexo**	**Estado Civil**
050122332013-9	08/12/1997	23a 08m	Feminino	Solteiro(a)

Ambiente de Trabalho	**Cargo**
OPERACIONAL	AGENTE DE CONSERVAÇÃO

Foi clinicamente examinado(a), estando exposto(a) aos seguintes fatores de riscos :

Ausência de Fatores de Risco. Ausência de Fator de Risco

Sendo submetido(a) aos seguintes procedimentos diagnósticos:

Cod	Procedimentos Realizados	Data Realizada	Validade	Cod	Procedimentos Realizados	Data Realizada	Validade
(0295)	EX. MÉDICO ADMISSIONAL-AV CLIN.ANAMNESE OCUP. FISICO E MENTAL	11/08/2021	12 meses				

Sendo Considerado Apto (X) Função Descrita

Data: 11/08/2021 Inapto ( )

Parecer Médico:

Dr(a). Gabriela Haas
Médica do Trabalho
CRM 8314/MT

Médico(a) Examinador(a)
Dr(a). DRA. GABRIELA HAAS
CRM: 8314/MT

Luciene da Silva Nascimento

Declaro ter recebido 2ª via e autorizo a divulgação dos dados e resultados para empresa contratante.

Responsável Técnico - Médico(a) do Trabalho: Dr(a). DR NIVALDO DE SOUSA RAMOS - CRM: 2704/MT - RQE: 10/MT
Este documento deve ser arquivado no Departamento Médico da Empresa ou do serviço contratado, na ficha do funcionário.

PRO LABORE SAUDE OCUPACIONAL LTDA

PRO LABORE

AV Blumenau, Nº 2.947 - Sala 6 - Centro - Sorriso/MT - CEP: 78890-168

Atend. Nº: 12587

Emissão: 27/07/2021 14:40:38

Em cumprimento ao Capítulo V da CLT Lei 6.514/77, artigo 168 - § 1º e 3º, e Portarias nºs 3.214/78, 3.164/82, 24/94 e 8/96, da NR-7 da Secretaria de Trabalho, foi emitido o:

ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL (ASO) - ADMISSIONAL



Empresa			**CNPJ**	
CALIFORNIA MUDAS LTDA 13.244.679-0			06.009.154/0001-20	
Endereço				
R PORTO SEGURO, Nº 838 - LOTE 37 QUADRA10-A - AREA DE EXPANSAO URB - Sorriso/MT - (				
Funcionário			**CPF**	
LUIS CARLOS SILVA PINHEIRO			621.415.093-94	
RG	**Nascimento**	**Idade**	**Sexo**	**Estado Civil**
05575107015-0	24/03/2003	18a 04m	Masculino	Solteiro(a)
Ambiente de Trabalho			**Cargo**	
OPERACIONAL			AGENTE DE CONSERVAÇÃO	

Foi clinicamente examinado(a), estando exposto(a) aos seguintes fatores de riscos :

Sendo submetido(a) aos seguintes procedimentos diagnósticos:

Cod	Procedimentos Realizados	Data Realizada	Validade	Cod	Procedimentos Realizados	Data Realizada	Validade
(0295)	EX. MEDICO ADMISSIONAL-AV.CLIN.ANAMNESE OCUP. FISICO E MENTAL	27/07/2021	12 meses				

Sendo Considerado Apto (X) Função Descrita

Data: 27/07/2021 Inapto ( )

Parecer Médico:

Dra. Gabriela Haas
Médica Examinadora
CRM-MT
PRO LABORE

Médico(a) Examinador(a)
Dr(a): DRA. GABRIELA HAAS
CRM: 8314/MT

Luis Carlos Silva Pinheiro

Declaro ter recebido 2ª via e autorizo a divulgação dos dados e resultados para empresa contratante.

Responsável Técnico - Médico(a) do Trabalho: Dr(a). DR NIVALDO DE SOUSA RAMOS - CRM: 2704/MT - RQE: 10/MT
Este documento deve ser arquivado no Departamento Médico da Empresa ou do serviço contratado, na ficha do funcionário.

PRO LABORE SAUDE OCUPACIONAL LTDA

PRO LABORE

AV Blumenau, Nº 2.947 - Sala 6 - Centro - Sorriso/MT - CEP: 78890-168

Atend. Nº: 15563

Emissão: 21/09/2021 08:40:01

Em cumprimento ao Capítulo V da CLT Lei 6.514/77, artigo 168 - § 1º e 3º, e Portarias nºs 3.214/78, 3.164/82, 24/94 e 8/96, da NR-7 da Secretaria de Trabalho, foi emitido o:

ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL (ASO) - ADMISSIONAL

Empresa				**CNPJ**
CALIFORNIA MUDAS LTDA 13.244.679-0 (M)				06.009.154/0001-20
Endereço				
R PORTO SEGURO, Nº 838 - LOTE 37 QUADRA10-A - AREA DE EXPANSAO URB - Sorriso/MT - CEP: 78890-000				
Funcionário				**CPF**
LUIZ MONTEIRO SOBRAL				149.453.042-20
RG	**Nascimento**	**Idade**	**Sexo**	**Estado Civil**
210075	11/03/1960	61a 06m	Masculino	Divorciado(a)
Ambiente de Trabalho		**Cargo**		
OPERACIONAL		JARDINEIRO		

Foi clinicamente examinado(a), estando exposto(a) aos seguintes fatores de riscos :

Sendo submetido(a) aos seguintes procedimentos diagnósticos:

Cod	Procedimentos Realizados	Data Realizada	Validade	Cod	Procedimentos Realizados	Data Realizada	Validade
(0295)	EX. MEDICO ADMISSIONAL-AV.CLIN.ANAMNESE OCUP. FISICO E MENTAL	21/09/2021	12 meses				

Sendo Considerado Apto (X) Função Descrita

Data: 21/09/2021 Inapto ( )

Parecer Médico:

Médico(a) Examinador(a)
Dr(a). DRA. GABRIELA HAAS
CRM: 8314/MT

Recebi a 2ª Via - Funcionário(a)

Responsável Técnico - Médico(a) do Trabalho: Dr(a). DR NIVALDO DE SOUSA RAMOS - CRM: 2704/MT - RQE: 10/MT
Este documento deve ser arquivado no Departamento Médico da Empresa ou do serviço contratado, na ficha do funcionário.

PRO LABORE SAUDE OCUPACIONAL LTDA

PRO LABORE

AV Blumenau, Nº 2.947 - Sala 6 - Centro - Sorriso/MT - CEP: 78890-168

Atend. Nº: 16773

Emissão: 15/10/2021 15:06:34

Em cumprimento ao Capítulo V da CLT Lei 6.514/77, artigo 168 - § 1º e 3º, e Portarias nºs 3.214/78, 3.164/82, 24/94 e 8/96, da NR-7 da Secretaria de Trabalho, foi emitido o:

ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL (ASO) - ADMISSIONAL

Empresa
CALIFORNIA MUDAS LTDA 13.244.679-0 (M)

CNPJ
06.009.154/0001-20

Endereço
R PORTO SEGURO, Nº 838 - LOTE 37 QUADRA10-A - AREA DE EXPANSAO URB - Sorriso/MT - CEP: 78890-000

Funcionário
LUIZ ROBERTO ALVES DE OLIVEIRA

CPF
447.855.261-49

RG	Nascimento	Idade	Sexo	Estado Civil
2078863-0	04/05/1956	65a 05m	Masculino	Solteiro(a)

Ambiente de Trabalho
OPERACIONAL

Cargo
AGENTE DE CONSERVAÇÃO

Foi clinicamente examinado(a), estando exposto(a) aos seguintes fatores de riscos :

Sendo submetido(a) aos seguintes procedimentos diagnósticos:

Cod	Procedimentos Realizados	Data Realizada	Validade	Cod	Procedimentos Realizados	Data Realizada	Validade
(0295)	EX. MEDICO ADMISSIONAL- AV CLIN ANAMNESE OCUP. FISICO E MENTAL	15/10/2021	12 meses				

Sendo Considerado Apto (X) Função Descrita

Data: 15/10/2021 Inapto ( )

Parecer Médico:

Médico(a) Examinador(a)
Dr(a). DRA. THAIS BECKERT MATZ
CRM 12749/MT

Recebi a 2ª Via - Funcionário(a)

Responsável Técnico - Médico(a) do Trabalho: Dr(a). DR NIVALDO DE SOUSA RAMOS - CRM: 2704/MT - RQE: 10/MT
Este documento deve ser arquivado no Departamento Médico da Empresa ou do serviço contratado, na ficha do funcionário.

PRO LABORE SAUDE OCUPACIONAL LTDA

PRO LABORE

AV Blumenau, Nº 2.947 - Sala 6 - Centro - Sorriso/MT - CEP: 78890-168

Atend. Nº: 14056

Emissão: 24/08/2021 10:49:19

Em cumprimento ao Capitulo V da CLT Lei 6.514/77, artigo 168 - § 1º e 3º, e Portarias nºs 3.214/78, 3.164/82, 24/94 e 8/96, da NR-7 da Secretaria de Trabalho, foi emitido o:

ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL (ASO) - ADMISSIONAL



Empresa
CALIFORNIA MUDAS LTDA 13.244.679-0 (M)

CNPJ
06.009.154/0001-20

Endereço
R PORTO SEGURO, Nº 838 - LOTE 37 QUADRA10-A - AREA DE EXPANSAO URB - Sorriso/MT - C

Funcionário
MARÇAL DE SOUSA

CPF
742.427.762-68

RG	Nascimento	Idade	Sexo	Estado Civil
4413767	18/04/1957	64a 04m	Masculino	Casado(a)

Ambiente de Trabalho
OPERACIONAL

Cargo
JARDINEIRO

Foi clinicamente examinado(a), estando exposto(a) aos seguintes fatores de riscos :

Sendo submetido(a) aos seguintes procedimentos diagnósticos:

Cod	Procedimentos Realizados	Data Realizada	Validade	Cod	Procedimentos Realizados	Data Realizada	Validade
(0295)	EX. MÉDICO ADMISSIONAL-AV.CLIN.ANAMNESE OCUP. FÍSICO E MENTAL	24/08/2021	12 meses				

Sendo Considerado Apto (X) Função Descrita

Data: 24/08/2021 Inapto ( )

Parecer Médico:

Dra. Gabriela Haas
Médica Examinadora
CRM 8314 MT
Pro Labore

Médico(a) Examinador(a)
Dr(a). DRA. GABRIELA HAAS
CRM: 8314/MT

marçal de Sousa

Declaro ter recebido 2ª via e autorizo a divulgação dos dados e resultados para empresa contratante.

Responsável Técnico - Médico(a) do Trabalho. Dr(a). DR NIVALDO DE SOUSA RAMOS - CRM: 2704/MT - RQE: 10/MT
Este documento deve ser arquivado no Departamento Médico da Empresa ou do serviço contratado, na ficha do funcionário.

PRO LABORE SAUDE OCUPACIONAL LTDA

PRO LABORE

AV Blumenau, Nº 2.947 - Sala 6 - Centro - Sorriso/MT - CEP: 78890-168

Atend. Nº: 12189

Emissão: 19/07/2021 09:22:28

Em cumprimento ao Capítulo V da CLT Lei 6.514/77, artigo 168 - § 1º e 3º, e Portarias nºs 3.214/78, 3.164/82, 24/94 e 8/96, da NR-7 da Secretaria de Trabalho, foi emitido o:

ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL (ASO) - ADMISSIONAL



Empresa			**CNPJ**	
CALIFORNIA MUDAS LTDA 13.244.679-0			06.009.154/0001-20	
Endereço				
R PORTO SEGURO, Nº 838 - LOTE 37 QUADRA10-A - AREA DE EXPANSAO URB - Sorriso/MT - (				
Funcionário			**CPF**	
MARIA DAS GRACAS FORTES NETA			615.916.183-04	
RG	**Nascimento**	**Idade**	**Sexo**	**Estado Civil**
0499259920135	30/09/1998	22a 09m	Feminino	Solteiro(a)
Ambiente de Trabalho			**Cargo**	
ATENDIMENTO			AGENTE DE CONSERVAÇÃO	

Foi clinicamente examinado(a), estando exposto(a) aos seguintes fatores de riscos :

Ausência de Fatores de Risco Ausência de Fator de Risco

Sendo submetido(a) aos seguintes procedimentos diagnósticos:

Cod	Procedimentos Realizados	Data Realizada	Validade	Cod	Procedimentos Realizados	Data Realizada	Validade
(0295)	EX. MÉDICO ADMISSIONAL - AV CLIN ANAMNESE OCUP. FÍSICO E MENTAL	19/07/2021	12 meses				

Sendo Considerado **Apto (X)** Função Descrita

Data: 19/07/2021 **Inapto ( )**

Parecer Médico:

Médico(a) Examinador(a)
Dr(a). DRA. GABRIELA HAAS
CRM: 8314/MT

maria das Gracas Fortes neta

Declaro ter recebido 2ª via e autorizo a divulgação dos dados e resultados para empresa contratante.

Responsável Técnico - Médico(a) do Trabalho: Dr(a). DR NIVALDO DE SOUSA RAMOS - CRM: 2704/MT - RQE: 10/MT
Este documento deve ser arquivado no Departamento Médico da Empresa ou do serviço contratado, na ficha do funcionário.

PRO LABORE SAUDE OCUPACIONAL LTDA

PRO LABORE

AV Blumenau, Nº 2.947 - Sala 6 - Centro - Sorriso/MT - CEP: 78890-168

Atend. Nº: 12320

Emissão: 21/07/2021 09:21:33

Em cumprimento ao Capitulo V da CLT Lei 6.514/77, artigo 168 - § 1º e 3º, e Portarias nºs 3.214/78, 3.164/82, 24/94 e 8/96, da NR-7 da Secretaria de Trabalho, foi emitido o:

ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL (ASO) - ADMISSIONAL

Empresa				**CNPJ**
CALIFORNIA MUDAS LTDA 13.244.679-0				06.009.154/0001-20
Endereço				
R PORTO SEGURO, Nº 838 - LOTE 37 QUADRA10-A - AREA DE EXPANSAO URB - Sorriso/MT - CEP: 78890-000				
Funcionário				**CPF**
MARIA JOSE DE OLIVEIRA JOSE				030.291.631-80
RG	**Nascimento**	**Idade**	**Sexo**	**Estado Civil**
12109851	19/03/1969	52a 04m	Feminino	Casado(a)
Ambiente de Trabalho		**Cargo**		
OPERACIONAL		AGENTE DE CONSERVAÇÃO		

Foi clinicamente examinado(a), estando exposto(a) aos seguintes fatores de riscos :

Ausência de Fatores de Risco Ausência de Fator de Risco

Sendo submetido(a) aos seguintes procedimentos diagnósticos:

Cod	Procedimentos Realizados	Data Realizada	Validade	Cod	Procedimentos Realizados	Data Realizada	Validade
(0295)	EX. MEDICO ADMISSIONAL-AV CLIN.ANAMNESE OCUP. FISICO E MENTAL	21/07/2021	12 meses				

Sendo Considerado **Apto (X)** Função Descrita

Data: 21/07/2021 **Inapto ( )**

Parecer Médico:

Médico(a) Examinador(a)
Dr(a). DRA. GABRIELA HAAS
CRM: 8314/MT

Declaro ter recebido 2ª via e autorizo a divulgação dos dados e resultados para empresa contratante.

Responsável Técnico - Médico(a) do Trabalho: Dr(a). DR NIVALDO DE SOUSA RAMOS - CRM: 2704/MT - RQE: 10/MT
Este documento deve ser arquivado no Departamento Médico da Empresa ou do serviço contratado, na ficha do funcionário.

PRO LABORE SAUDE OCUPACIONAL LTDA

PRO LABORE

AV Blumenau, Nº 2.947 - Sala 6 - Centro - Sorriso/MT - CEP: 78890-168

Atend. Nº: 12535

Emissão: 26/07/2021 14:48:45

Em cumprimento ao Capitulo V da CLT Lei 6.514/77, artigo 168 - § 1º e 3º, e Portarias nºs 3.214/78, 3.164/82, 24/94 e 8/96, da NR-7 da Secretaria de Trabalho, foi emitido o:

ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL (ASO) - ADMISSIONAL



Empresa			**CNPJ**	
CALIFORNIA MUDAS LTDA 13.244.679-0			06.009.154/0001-20	
Endereço				
R PORTO SEGURO, Nº 838 - LOTE 37 QUADRA10-A - AREA DE EXPANSAO URB - Sorriso/MT - (				
Funcionário			**CPF**	
MARIA JOSE PINHEIRO			032.520.543-45	
RG	**Nascimento**	**Idade**	**Sexo**	**Estado Civil**
029346052005-8	06/01/1977	44a 06m	Feminino	Solteiro(a)
Ambiente de Trabalho			**Cargo**	
OPERACIONAL			AGENTE DE CONSERVAÇÃO	

Foi clinicamente examinado(a), estando exposto(a) aos seguintes fatores de riscos :

Sendo submetido(a) aos seguintes procedimentos diagnósticos:

Cod	Procedimentos Realizados	Data Realizada	Validade	Cod	Procedimentos Realizados	Data Realizada	Validade
(0295)	EX. MEDICO ADMISSIONAL-AV.CLIN.ANAMNESE OCUP. FISICO E MENTAL	26/07/2021	12 meses				

Sendo Considerado Apto (X) Função Descrita

Data: 26/07/2021 Inapto ( )

Parecer Médico:

Dra. Gabriela Haas
Médica Examinadora
CRM 8314/MT
Pró Labore

Médico(a) Examinador(a)
Dr(a) DRA. GABRIELA HAAS
CRM: 8314/MT

Declaro ter recebido 2ª via e autorizo a divulgação dos dados e resultados para empresa contratante.

Responsável Técnico - Médico(a) do Trabalho: Dr(a) DR NIVALDO DE SOUSA RAMOS - CRM: 2704/MT - RQE: 10/MT

Este documento deve ser arquivado no Departamento Médico da Empresa ou do serviço contratado, na ficha do funcionário.

PRO LABORE SAUDE OCUPACIONAL LTDA

AV Blumenau, Nº 2.947 - Sala 6 - Centro - Sorriso/MT - CEP: 78890-168

Atend. Nº: 12643

Emissão: 28/07/2021 14:17:11

Em cumprimento ao Capítulo V da CLT Lei 6.514/77, artigo 168 - § 1º e 3º, e Portarias nºs 3.214/78, 3.164/82, 24/94 e 8/96, da NR-7 da Secretaria de Trabalho, foi emitido o:

ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL (ASO) - ADMISSIONAL

Empresa
CALIFORNIA MUDAS LTDA 13.244.679-0

CNPJ
06.009.154/0001-20

Endereço
R PORTO SEGURO, Nº 838 - LOTE 37 QUADRA10-A - AREA DE EXPANSAO URB - Sorriso/MT - (

Funcionário
MIDIAN MARCELINA FELIX

CPF
016.783.711-73

RG	Nascimento	Idade	Sexo	Estado Civil
18250149	04/07/1984	37a 00m	Feminino	Casado(a)

Ambiente de Trabalho
ADMINISTRATIVO

Cargo
AUXILIAR DE ADMINISTRAÇÃO



Foi clinicamente examinado(a), estando exposto(a) aos seguintes fatores de riscos :

Ausência de Fatores de Risco: Ausência de Fator de Risco

Sendo submetido(a) aos seguintes procedimentos diagnósticos:

Cod	Procedimentos Realizados	Data Realizada	Validade	Cod	Procedimentos Realizados	Data Realizada	Validade
(0295)	EX. MÉDICO ADMISSIONAL-AV CLIN ANAMNESE OCUP. FISICO E MENTAL	28/07/2021	12 meses				

Sendo Considerado Apto (X) Função Descrita

Data: 28/07/2021 Inapto ( )

Parecer Médico:

Dra. Gabriela Haas
Fisioterapeuta
CREFITO 9/314 MT
Pro Labore

Médico(a) Examinador(a)
Dr(a). DRA. GABRIELA HAAS
CRM: 8314/MT

midian m. felix

Declaro ter recebido 2ª via e autorizo a divulgação dos dados e resultados para empresa contratante.

Responsável Técnico - Médico(a) do Trabalho: Dr(a). DR NIVALDO DE SOUSA RAMOS - CRM: 2704/MT - RQE: 10/MT
Este documento deve ser arquivado no Departamento Médico da Empresa ou do serviço contratado, na ficha do funcionário.

PRO LABORE SAUDE OCUPACIONAL LTDA

PRO LABORE

AV Blumenau, Nº 2.947 - Sala 6 - Centro - Sorriso/MT - CEP: 78890-168

Atend. Nº: 12098

Emissão: 16/07/2021 09:38:30

Em cumprimento ao Capítulo V da CLT Lei 6.514/77, artigo 168 - § 1º e 3º, e Portarias nºs 3.214/78, 3.164/82, 24/94 e 8/96, da NR-7 da Secretaria de Trabalho, foi emitido o:

ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL (ASO) - ADMISSIONAL



Empresa				**CNPJ**
CALIFORNIA MUDAS LTDA 13.244.679-0				06.009.154/0001-20
Endereço				
R PORTO SEGURO, Nº 838 - LOTE 37 QUADRA10-A - AREA DE EXPANSAO URB - Sorriso/MT - (				
Funcionário				**CPF**
OLANDIR DE SOUZA				049.626.159-20
RG	**Nascimento**	**Idade**	**Sexo**	**Estado Civil**
4676440	30/01/1984	37a 05m	Masculino	Solteiro(a)
Ambiente de Trabalho			**Cargo**	
OPERACIONAL			MOTORISTA	

Foi clinicamente examinado(a), estando exposto(a) aos seguintes fatores de riscos :

Físico: Ruído

Sendo submetido(a) aos seguintes procedimentos diagnósticos:

Cod	Procedimentos Realizados	Data Realizada	Validade	Cod	Procedimentos Realizados	Data Realizada	Validade
(0295)	EX. MÉDICO ADMISSIONAL- AV.CLÍN.ANAMNESE OCUP. FÍSICO E MENTAL	16/07/2021	12 meses				
(0281)	AUDIOMETRIA TONAL OCUPACIONAL	16/07/2021					

Sendo Considerado Apto (X) Função Descrita

Data: 16/07/2021 Inapto ( )

Parecer Médico:

Médico(a) Examinador(a)
Dr(a). DRA. GABRIELA HAAS
CRM: 8314/MT

Olandir de Souza

Declaro ter recebido 2ª via e autorizo a divulgação dos dados e resultados para empresa contratante.

Responsável Técnico - Médico(a) do Trabalho: Dr(a). DR NIVALDO DE SOUSA RAMOS - CRM: 2704/MT - RQE: 10/MT
Este documento deve ser arquivado no Departamento Médico da Empresa ou do serviço contratado, na ficha do funcionário.

PRO LABORE SAUDE OCUPACIONAL LTDA

PRO LABORE

AV Blumenau, Nº 2.947 - Sala 6 - Centro - Sorriso/MT - CEP: 78890-168 **Atend. Nº:** 13188

Emissão: 05/08/2021 14:29:17

Em cumprimento ao Capitulo V da CLT Lei 6.514/77, artigo 168 - § 1º e 3º, e Portarias nºs 3.214/78, 3.164/82, 24/94 e 8/96, da NR-7 da Secretaria de Trabalho, foi emitido o:

ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL (ASO) - ADMISSIONAL

Empresa
CALIFORNIA MUDAS LTDA 13.244.679-0 (M)

CNPJ
06.009.154/0001-20

Endereço
R PORTO SEGURO, Nº 838 - LOTE 37 QUADRA10-A - AREA DE EXPANSAO URB - Sorriso/MT - (

Funcionário
SARA MOTA COSTA

CPF
612.617.583-23



RG	Nascimento	Idade	Sexo	Estado Civil
0213915420022	26/07/1997	24a 00m	Feminino	Solteiro(a)

Ambiente de Trabalho
OPERACIONAL

Cargo
AGENTE DE CONSERVAÇÃO

Foi clinicamente examinado(a), estando exposto(a) aos seguintes fatores de riscos :

Ausência de Fatores de Risco: Ausência de Fator de Risco

Sendo submetido(a) aos seguintes procedimentos diagnósticos:

Cod	Procedimentos Realizados	Data Realizada	Validade	Cod	Procedimentos Realizados	Data Realizada	Validade
(0295)	EX. MÉDICO ADMISSIONAL-AV.CLIN.ANAMNESE OCUP. FÍSICO E MENTAL	05/08/2021	12 meses				

Sendo Considerado Apto (X) Função Descrita

Data: 05/08/2021 Inapto ( )

Parecer Médico:

Médico(a) Examinador(a)
Dr(a). DRA. GABRIELA HAAS
CRM: 8314/MT

Sara mota Costa

Declaro ter recebido 2ª via e autorizo a divulgação dos dados e resultados para empresa contratante.

Responsável Técnico - Médico(a) do Trabalho: Dr(a). DR NIVALDO DE SOUSA RAMOS - CRM: 2704/MT - RQE: 10/MT
Este documento deve ser arquivado no Departamento Médico da Empresa ou do serviço contratado, na ficha do funcionário.

PRO LABORE SAUDE OCUPACIONAL LTDA

PRO LABORE

AV Blumenau, Nº 2.947 - Sala 6 - Centro - Sorriso/MT - CEP: 78890-168

Atend. Nº: 12368

Emissão: 22/07/2021 08:50:14

Em cumprimento ao Capitulo V da CLT Lei 6.514/77, artigo 168 - § 1º e 3º, e Portarias nºs 3.214/78, 3.164/82, 24/94 e 8/96, da NR-7 da Secretaria de Trabalho, foi emitido o:

ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL (ASO) - ADMISSIONAL



Empresa
CALIFORNIA MUDAS LTDA 13.244.679-0

CNPJ
06.009.154/0001-20

Endereço
R PORTO SEGURO, Nº 838 - LOTE 37 QUADRA10-A - AREA DE EXPANSAO URB - Sorriso/MT - (

Funcionário
ZELIA COSTA RAMOS

CPF
032.412.613-10

RG	Nascimento	Idade	Sexo	Estado Civil
34549013	22/06/1982	39a 01m	Feminino	Casado(a)

Ambiente de Trabalho
OPERACIONAL

Cargo
AGENTE DE CONSERVAÇÃO

Foi clinicamente examinado(a), estando exposto(a) aos seguintes fatores de riscos :

Ausência de Fatores de Risco Ausência de Fator de Risco

Sendo submetido(a) aos seguintes procedimentos diagnósticos:

Cod	Procedimentos Realizados	Data Realizada	Validade	Cod	Procedimentos Realizados	Data Realizada	Validade
(0295)	EX. MÉDICO ADMISSIONAL - AV CLÍN ANAMNESE OCUP. FISICO E MENTAL	22/07/2021	12 meses				

Sendo Considerado Apto (X) Função Descrita

Data: 22/07/2021 Inapto ( )

Parecer Médico:

Médico(a) Examinador(a)
Dr(a): DRA. GABRIELA HAAS
CRM: 8314/MT

Zelia Costa Ramos

Declaro ter recebido 2ª via e autorizo a divulgação dos dados e resultados para empresa contratante.

Responsável Técnico - Médico(a) do Trabalho: Dr(a). DR NIVALDO DE SOUSA RAMOS - CRM: 2704/MT - RQE: 10/MT
Este documento deve ser arquivado no Departamento Médico da Empresa ou do serviço contratado, na ficha do funcionário.

PRO LABORE SAUDE OCUPACIONAL LTDA

PRO LABORE

AV Blumenau, Nº 2.947 - Sala 6 - Centro - Sorriso/MT - CEP: 78890-168

Atend. Nº: 13969
Emissão: 23/08/2021 10:11:14

Em cumprimento ao Capitulo V da CLT Lei 6.514/77, artigo 168 - § 1º e 3º, e Portarias nºs 3.214/78, 3.164/82, 24/94 e 8/96, da NR-7 da Secretaria de Trabalho, foi emitido o:

ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL (ASO) - ADMISSIONAL

Empresa	**CNPJ**
CALIFORNIA MUDAS LTDA 13.244.679-0 (M)	06.009.154/0001-20
Endereço	
R PORTO SEGURO, Nº 838 - LOTE 37 QUADRA10-A - AREA DE EXPANSAO URB - Sorriso/MT - CEP: 78890-000	
Funcionário	**CPF**
PABLO MARQUES DE SOUSA	636.632.673-85

RG	Nascimento	Idade	Sexo	Estado Civil
0592563220166	08/06/2003	18a 02m	Masculino	Casado(a)

Ambiente de Trabalho	Cargo
OPERACIONAL	JARDINEIRO

Foi clinicamente examinado(a), estando exposto(a) aos seguintes fatores de riscos :

Ausência de Fatores de Risco Ausência de Fator de Risco

Sendo submetido(a) aos seguintes procedimentos diagnósticos:

Cod	Procedimentos Realizados	Data Realizada	Validade	Cod	Procedimentos Realizados	Data Realizada	Validade
(0295)	EX. MÉDICO ADMISSIONAL - AV CLIN ANAMNESE OCUP. FISICO E MENTAL	23/08/2021	12 meses				

Sendo Considerado Apto (X) Função Descrita
Data: 23/08/2021 Inapto ( )
Parecer Médico:

Médico(a) Examinador(a)
Dr(a). DRA. GABRIELA HAAS
CRM: 8314/MT

Natalia marques de Sousa
Declaro ter recebido 2ª via e autorizo a divulgação dos dados e resultados para empresa contratante.

Responsável Técnico - Médico(a) do Trabalho: Dr(a). DR NIVALDO DE SOUSA RAMOS - CRM: 2704/MT - RQE: 10/MT
Este documento deve ser arquivado no Departamento Médico da Empresa ou do serviço contratado, na ficha do funcionário.

PRO LABORE SAUDE OCUPACIONAL LTDA

AV Blumenau, Nº 2.947 - Sala 6 - Centro - Sorriso/MT - CEP: 78890-168

Atend. Nº: 12205

Emissão: 19/07/2021 10:05:53

Em cumprimento ao Capitulo V da CLT Lei 6.514/77, artigo 168 - § 1º e 3º, e Portarias nºs 3.214/78, 3.164/82, 24/94 e 8/96, da NR-7 da Secretaria de Trabalho, foi emitido o:

ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL (ASO) - ADMISSIONAL



Empresa
CALIFORNIA MUDAS LTDA 13.244.679-0

CNPJ
06.009.154/0001-20

Endereço
R PORTO SEGURO, Nº 838 - LOTE 37 QUADRA10-A - AREA DE EXPANSAO URB - Sorriso/MT -

Funcionário
AMBAR NATHALY BARRIOS GAETANO

CPF
708.739.222-04

RG	Nascimento	Idade	Sexo	Estado Civil
70873922204	05/09/1997	23a 10m	Feminino	Solteiro(a)

Ambiente de Trabalho
OPERACIONAL

Cargo
AGENTE DE CONSERVAÇÃO

Foi clinicamente examinado(a), estando exposto(a) aos seguintes fatores de riscos :

Ausência de Fatores de Risco: Ausência de Fator de Risco

Sendo submetido(a) aos seguintes procedimentos diagnósticos:

Cod	Procedimentos Realizados	Data Realizada	Validade	Cod	Procedimentos Realizados	Data Realizada	Validade
(0295)	EX. MÉDICO ADMISSIONAL- AV.CLIN.ANAMNESE OCUP. FISICO E MENTAL	19/07/2021	12 meses				

Sendo Considerado Apto (X) Função Descrita

Data: 19/07/2021 Inapto ( )

Parecer Médico:

Médico(a) Examinador(a)
Dr(a): DRA. GABRIELA HAAS
CRM: 8314/MT

Declaro ter recebido 2ª via e autorizo a divulgação dos dados e resultados para empresa contratante.

Responsável Técnico - Médico(a) do Trabalho: Dr(a). DR NIVALDO DE SOUSA RAMOS - CRM: 2704/MT - RQE: 10/MT
Este documento deve ser arquivado no Departamento Médico da Empresa ou do serviço contratado, na ficha do funcionário.

PRO LABORE SAUDE OCUPACIONAL LTDA

PRO LABORE

AV Blumenau, Nº 2.947 - Sala 6 - Centro - Sorriso/MT - CEP: 78890-168

Atend. Nº: 6404

Emissão: 10/03/2021 14:02:39

Em cumprimento ao Capítulo V da CLT Lei 6.514/77 - artigo 168 § 1º e 3º e Portarias Nºs 3.214/78, 3.164/2, 24/94 e 8/96 NR-7 do Ministério do Trabalho e Emprego foi emitido o:

ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL (ASO) - ADMISSIONAL



Empresa			**CNPJ**	
CALIFORNIA MUDAS LTDA			06.009.154/0001-20	
Endereço				
R PORTO SEGURO, Nº 838 - LOTE 37 QUADRA10-A - AREA DE EXPANSAO URB - Sorriso/MT -				
Funcionário			**CPF**	
CRISTIANE BRUM OBANDO			866.262.211-91	
RG	**Nascimento**	**Idade**	**Sexo**	**Estado Civil**
1668093	21/05/1978	42a 09m	Feminino	Solteiro(a)
Ambiente de Trabalho		**Cargo**		
ATENDIMENTO		ATENDENTE		

Foi clinicamente examinado(a), estando exposto(a) aos seguintes fatores de riscos :

Ausência de Fatores de Risco: Ausência de Fator de Risco

Sendo submetido(a) aos seguintes procedimentos diagnósticos:

Cod	Procedimentos Realizados	Data Realizada	Validade	Cod	Procedimentos Realizados	Data Realizada	Validade
(0295)	EX. MÉDICO ADMISSIONAL-AV.CLÍN.ANAMNESE OCUP. FISICO E MENTAL	10/03/2021					

Sendo Considerado **Apto (X)** Função Descrita

Data: 10/03/2021 **Inapto ( )**

Parecer Médico: PACIENTE SEM QUEIXAS.

Dr. Layon Victor F. Dias
Medico
CRM MT-10722

Médico(a) Examinador(a)
Dr(a). DR. LAYON VICTOR FERREIRA DIAS
CRM: 0010722/MT

Cristiane B Obando

Declaro ter recebido 2ª via e autorizo a divulgação dos dados e resultados para empresa contratante.

Responsável Técnico - Médico(a) do Trabalho: Dr(a). NIVALDO DE SOUSA RAMOS - CRM: 2704/MT - ROE: 10/MT

PRO LABORE SAUDE OCUPACIONAL LTDA

AV. Blumenau, Nº 2.947 - Sala 6 - Centro - Sorriso/MT - CEP: 78890-168

Atend. Nº: 12510
Emissão: 26/07/2021 10:55:18

Em cumprimento ao Capítulo V da CLT Lei 6.514/77, artigo 168 - § 1º e 3º, e Portarias nºs 3.214/78, 3.164/82, 24/94 e 8/96, da NR-7 da Secretaria de Trabalho, foi emitido o:

ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL (ASO) - ADMISSIONAL

Empresa			**CNPJ**	
CALIFORNIA MUDAS LTDA 13.244.679-0			06.009.154/0001-20	
Endereço				
R PORTO SEGURO, Nº 838 - LOTE 37 QUADRA10-A - AREA DE EXPANSAO URB - Sorriso/MT -				
Funcionário			**CPF**	
ELIANE PINHEIRO SILVA			064.222.713-60	
RG	**Nascimento**	**Idade**	**Sexo**	**Estado Civil**
0412381120109	29/09/1994	26a 09m	Feminino	Solteiro(a)
Ambiente de Trabalho			**Cargo**	
OPERACIONAL			AGENTE DE CONSERVAÇÃO	



Foi clinicamente examinado(a), estando exposto(a) aos seguintes fatores de riscos :

Ausência de Fatores de Risco: Ausência de Fator de Risco

Sendo submetido(a) aos seguintes procedimentos diagnósticos:

Cod	Procedimentos Realizados	Data Realizada	Validade	Cod	Procedimentos Realizados	Data Realizada	Validade
(0295)	EX. MÉDICO ADMISSIONAL-AV.CLÍN.ANAMNESE OCUP. FÍSICO E MENTAL	26/07/2021	12 meses				

Sendo Considerado **Apto (X)** Função Descrita
Data: 26/07/2021 **Inapto ( )**
Parecer Médico:

Dra. Gabriela Haas
Médica Examinadora
CRM 8314 MT
Pró Labore

Médico(a) Examinador(a)
Dr(a). DRA. GABRIELA HAAS
CRM: 8314/MT

Eliane P Silva

Declaro ter recebido 2ª via e autorizo a divulgação dos dados e resultados para empresa contratante.

Responsável Técnico - Médico(a) do Trabalho: Dr(a). DR NIVALDO DE SOUSA RAMOS - CRM: 2704/MT - RQE: 10/MT
Este documento deve ser arquivado no Departamento Médico da Empresa ou do serviço contratado, na ficha do funcionário.

PRO LABORE SAUDE OCUPACIONAL LTDA

PRO LABORE

AV Blumenau, Nº 2.947 - Sala 6 - Centro - Sorriso/MT - CEP: 78890-168

Atend. Nº: 18210
Emissão: 19/11/2021 09:41:08

Em cumprimento ao Capítulo V da CLT Lei 6.514/77, artigo 168 - § 1º e 3º, e Portarias nºs 3.214/78, 3.164/82, 24/94 e 8/96, da NR-7 da Secretaria de Trabalho, foi emitido o:

ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL (ASO) - ADMISSIONAL

Empresa
CALIFORNIA MUDAS LTDA 13.244.679-0 (M)

CNPJ
06.009.154/0001-20

Endereço
R PORTO SEGURO, Nº 838 - LOTE 37 QUADRA10-A - AREA DE EXPANSAO URB - Sorriso/MT -

Funcionário
MARCELO OLIVEIRA

CPF
079.062.881-30

RG	Nascimento	Idade	Sexo
2.308.235	03/11/1992	29a 00m	Masculino

Ambiente de Trabalho
OPERACIONAL

Cargo
JARDINEIRO



Foi clinicamente examinado(a), estando exposto(a) aos seguintes fatores de riscos :

Sendo submetido(a) aos seguintes procedimentos diagnósticos:

Cod	Procedimentos Realizados	Data Realizada	Validade	Cod	Procedimentos Realizados	Data Realizada	Validade
(0295)	EX. MÉDICO ADMISSIONAL-AV CLIN ANAMNESE OCUP. FÍSICO E MENTAL	19/11/2021	12 meses				

Sendo Considerado **Apto (X)** Função Descrita
Data: 19/11/2021 **Inapto ( )**
Parecer Médico:

Dra. Gabriela Haas
Médica Examinadora
CRM 8314 MT

Médico(a) Examinador(a)
Dr(a). DRA. GABRIELA HAAS
CRM: 8314/MT

Marcelo Oliveira.
Recebi a 2ª Via - Funcionário(a)

Responsável Técnico - Médico(a) do Trabalho: Dr(a). DR NIVALDO DE SOUSA RAMOS - CRM: 2704/MT - RQE: 10/MT
Este documento deve ser arquivado no Departamento Médico da Empresa ou do serviço contratado, na ficha do funcionário.

PRO LABORE SAUDE OCUPACIONAL LTDA

PRO LABORE Medicina do Trabalho

AV Blumenau, Nº 2.947 - Sala 6 - Centro - Sorriso/MT - CEP: 78890-168

Atend. Nº: 18219
Emissão: 19/11/2021 10:07:50

Em cumprimento ao Capitulo V da CLT Lei 6.514/77, artigo 168 - § 1º e 3º, e Portarias nºs 3.214/78, 3.164/82, 24/94 e 8/96, da NR-7 da Secretaria de Trabalho, foi emitido o:

ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL (ASO) - ADMISSIONAL

Empresa				**CNPJ**
CALIFORNIA MUDAS LTDA 13.244.679-0 (M)				06.009.154/0001-20
Endereço				
R PORTO SEGURO, Nº 838 - LOTE 37 QUADRA10-A - AREA DE EXPANSAO URB - Sorriso/MT - CEP: 78890-000				
Funcionário				**CPF**
RONE JARDEL SIDES				066.220.491-30
RG	**Nascimento**	**Idade**	**Sexo**	**Estado Civil**
2831035-7	22/09/2003	18a 01m	Masculino	Solteiro(a)
Ambiente de Trabalho		**Cargo**		
OPERACIONAL		AGENTE DE CONSERVAÇÃO		

Foi clinicamente examinado(a), estando exposto(a) aos seguintes fatores de riscos :

Sendo submetido(a) aos seguintes procedimentos diagnósticos:

Cod	Procedimentos Realizados	Data Realizada	Validade	Cod	Procedimentos Realizados	Data Realizada	Validade
(0295)	EX. MÉDICO ADMISSIONAL-AV CLÍN.ANAMNESE OCUP. FÍSICO E MENTAL	19/11/2021	12 meses				

Sendo Considerado **Apto (X)** Função Descrita
Data: 19/11/2021 **Inapto ( )**
Parecer Médico:

Dra. Gabriela Haas
Médica Examinadora
CRM 8314/MT

Médico(a) Examinador(a)
Dr(a). DRA. GABRIELA HAAS
CRM: 8314/MT

Rone Jardel Sides

Recebi a 2ª Via - Funcionário(a)

Responsável Técnico - Médico(a) do Trabalho: Dr(a). DR NIVALDO DE SOUSA RAMOS - CRM: 2704/MT - RQE: 10/MT
Este documento deve ser arquivado no Departamento Médico da Empresa ou do serviço contratado, na ficha do funcionário.

PRO LABORE SAUDE OCUPACIONAL LTDA

PRO LABORE Medicina do Trabalho

AV ~~Blumenau~~, Nº 2.947 - Sala 6 - Centro - Sorriso/MT - CEP: 78890-168

Atend. Nº: 16772
Emissão: 15/10/2021 15:00:14

Em cumprimento ao Capítulo V da CLT Lei 6.514/77, artigo 168 - § 1º e 3º, e Portarias nºs 3.214/78, 3.164/82, 24/94 e 8/96, da NR-7 da Secretaria Trabalho, foi emitido o:

ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL (ASO) - ADMISSIONAL

Empresa				**CNPJ**
CALIFORNIA MUDAS LTDA 13.244.679-0 (M)				06.009.154/0001-20
Endereço				
R PORTO SEGURO, Nº 838 - LOTE 37 QUADRA10-A - AREA DE EXPANSAO URB - Sorriso/MT -				
Funcionário				**CPF**
ERICA DOS SANTOS SILVA				045.295.461-44
RG	**Nascimento**	**Idade**	**Sexo**	**Estado Civil**
24121223	29/12/1989	31a 09m	Feminino	Solteiro(a)
Ambiente de Trabalho			**Cargo**	
OPERACIONAL			AGENTE DE CONSERVAÇÃO	



Foi clinicamente examinado(a), estando exposto(a) aos seguintes fatores de riscos :

Sendo submetido(a) aos seguintes procedimentos diagnósticos:

Cod	Procedimentos Realizados	Data Realizada	Validade	Cod	Procedimentos Realizados	Data Realizada	Validade
(0295)	EX. MÉDICO ADMISSIONAL-AV.CLÍN.ANAMNESE OCUP. FÍSICO E MENTAL	15/10/2021	12 meses				

Sendo Considerado **Apto (X)** Função Descrita

Data: 15/10/2021 **Inapto ( )**

Parecer Médico:

Thaís Beckert Matz
Médica
CRM/MT: 12749

Erika dos Santos Silva

Médico(a) Examinador(a)
Dr(a). DRA. THAÍS BECKERT MATZ
CRM: 12749/MT

Recebi a 2ª Via - Funcionário(a)

Responsável Técnico - Médico(a) do Trabalho: Dr(a). DR NIVALDO DE SOUSA RAMOS - CRM: 2704/MT - RQE: 10/MT
Este documento deve ser arquivado no Departamento Médico da Empresa ou do serviço contratado, na ficha do funcionário.

PRO LABORE SAUDE OCUPACIONAL LTDA

AV Blumenau, Nº 2.947 - Sala 6 - Centro - Sorriso/MT - CEP: 78890-168

Atend. Nº: 15859

Emissão: 27/09/2021 09:25:46

Em cumprimento ao Capítulo V da CLT Lei 6.514/77, artigo 168 - § 1º e 3º, e Portarias nºs 3.214/78, 3.164/82, 24/94 e 8/96, da NR-7 da Secretaria de Trabalho, foi emitido o:

ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL (ASO) - ADMISSIONAL

Empresa
CALIFORNIA MUDAS LTDA 13.244.679-0 (M)

CNPJ
06.009.154/0001-20

Endereço
R PORTO SEGURO, Nº 838 - LOTE 37 QUADRA10-A - AREA DE EXPANSAO URB - Sorriso/MT - (

Funcionário
ANA PAULA SILVA DE OLIVEIREA

CPF
608.056.803-90



RG	Nascimento	Idade	Sexo	Estado Civil
	05/08/1991	30a 01m	Feminino	Solteiro(a)

Ambiente de Trabalho
OPERACIONAL

Cargo
AGENTE DE CONSERVAÇÃO

Foi clinicamente examinado(a), estando exposto(a) aos seguintes fatores de riscos :

Sendo submetido(a) aos seguintes procedimentos diagnósticos:

Cod	Procedimentos Realizados	Data Realizada	Validade	Cod	Procedimentos Realizados	Data Realizada	Validade
(0295)	EX. MEDICO ADMISSIONAL-AV CLIN.ANAMNESE OCUP. FISICO E MENTAL	27/09/2021	12 meses				

Sendo Considerado **Apto (X)** Função Descrita
Data: 27/09/2021 **Inapto ( )**
Parecer Médico:

Dra. Gabriela Haas
Médica Examinadora
CRM 8314/MT
Clínica do Trabalho

Médico(a) Examinador(a)
Dr(a). DRA. GABRIELA HAAS
CRM: 8314/MT

Recebi a 2ª Via - Funcionário(a)

Responsável Técnico - Medico(a) do Trabalho: Dr(a). DR NIVALDO DE SOUSA RAMOS - CRM: 2704/MT - RQE: 10/MT
Este documento deve ser arquivado no Departamento Médico da Empresa ou do serviço contratado, na ficha do funcionário.

PRO LABORE SAUDE OCUPACIONAL LTDA

PRO LABORE

Av Blumenau, Nº 2.947 - Sala 6 - Centro - Sorriso/MT - CEP: 78890-168

Atend. Nº: 19830
Emissão: 22/10/2021 14:57:47

Em cumprimento ao Capitulo V da CLT Lei 6.514/77, artigo 168 - § 1º e 3º, e Portarias nºs 3.214/78, 3.164/82, 24/94 e 8/96, da NR-7 da Secretaria de Trabalho, foi emitido o:

ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL (ASO) - ADMISSIONAL

Empresa
CALIFORNIA MUDAS LTDA 13.244.679-0 (M)

CNPJ
06.009.154/0001-20

Endereço
R PORTO SEGURO, Nº 838 - LOTE 37 QUADRA10-A - AREA DE EXPANSAO URB - Sorriso/MT - CEP: 78890-000

Funcionário
ANA PAULA SILVERIO REIS

CPF
615.698.723-17

RG	Nascimento	Idade	Sexo	Estado Civil
	07/09/2001	20a 03m	Feminino	Solteiro(a)

Ambiente de Trabalho	Cargo
OPERACIONAL	AGENTE DE CONSERVAÇÃO

Foi clinicamente examinado(a), estando exposto(a) aos seguintes fatores de riscos :

Sendo submetido(a) aos seguintes procedimentos diagnósticos:

Cod	Procedimentos Realizados	Data Realizada	Validade	Cod	Procedimentos Realizados	Data Realizada	Validade
0295	EX MEDICO ADMISSIONAL-AV CLIN ANAMNESE OCUP FISICO E MENTAL	22/10/2021	12 meses				

Sendo Considerado Apto (X) Função Descrita
Data: 22/12/2021 Inapto ( )
Parecer Médico:

Dra. Gabriela Haas
CRM 8314 MT
Protocolo

Médico(a) Examinador(a)
Dr(a) DRA GABRIELA HAAS
CRM 8314/MT

Recebi a 2ª Via - Funcionário(a)

PRO LABORE SAUDE OCUPACIONAL LTDA

PRO LABORE

AV Blumenau, Nº 2.947 - Sala 6 - Centro - Sorriso/MT - CEP: 78890-168

Atend. Nº: 16769

Emissão: 15/10/2021 14:4

Em cumprimento ao Capítulo V da CLT Lei 6.514/77, artigo 168 - § 1º e 3º, e Portarias nºs 3.214/78, 3.164/82, 24/94 e 8/96, da NR-7 da Secre Trabalho, foi emitido o:

ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL (ASO) - ADMISSIONAL

Empresa
CALIFORNIA MUDAS LTDA 13.244.679-0 (M)

CNPJ
06.009.154/0001-20

Endereço
R PORTO SEGURO, Nº 838 - LOTE 37 QUADRA10-A - AREA DE EXPANSAO URB - Sorriso/MT - CEP: 78890-000

Funcionário
BEATRIZ DOS SANTOS

CPF
097.963.945-02

RG	Nascimento	Idade	Sexo	Estado Civil
16.700.160-48	24/08/1999	22a 01m	Feminino	Solteiro(a)

Ambiente de Trabalho
OPERACIONAL

Cargo
AGENTE DE CONSERVAÇÃO

Foi clinicamente examinado(a), estando exposto(a) aos seguintes fatores de riscos :

Ausência de Fatores de Risco: Ausência de Fator de Risco

Sendo submetido(a) aos seguintes procedimentos diagnósticos:

Cod	Procedimentos Realizados	Data Realizada	Validade	Cod	Procedimentos Realizados	Data Realizada	Val
(0295)	EX. MÉDICO ADMISSIONAL-AV CLIN.ANAMNESE,OCUP. FISICO E MENTAL	15/10/2021	12 meses				

Sendo Considerado Apto (X) Função Descrita

Data: 15/10/2021 Inapto ( )

Parecer Médico:

Thaís Beckert Matz
Médica
CRM MT 12749

Médico(a) Examinador(a)
Dr(a). DRA. THAÍS BECKERT MATZ
CRM: 12749/MT

Beatriz dos Santos

Recebi a 2ª Via - Funcionário(a)

Responsável Técnico - Médico(a) do Trabalho Dr(a). DR NIVALDO DE SOUSA RAMOS - CRM 2704/MT - RQE: 10/MT
Este documento deve ser arquivado no Departamento Médico da Empresa ou do serviço contratado, na ficha do funcionário.

PRO LABORE SAUDE OCUPACIONAL LTDA

AV Blumenau, Nº 2.947 - Sala 6 - Centro - Sorriso/MT - CEP: 78890-168

Atend. Nº: 12728
Emissão: 29/07/2021

Em cumprimento ao Capítulo V da CLT Lei 6.514/77, artigo 168 - § 1º e 3º, e Portarias nºs 3.214/78, 3.164/82, 24/94 e 8/96, da NR-7 da Se... Trabalho, foi emitido o:

ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL (ASO) - ADMISSIONAL

Empresa CALIFORNIA MUDAS LTDA 13.244.679-0				**CNPJ** 06.009.154/0001-20
Endereço R PORTO SEGURO, Nº 838 - LOTE 37 QUADRA10-A - AREA DE EXPANSAO URB - Sorriso/MT -				
Funcionário DANIEL FERNANDES DE OLIVEIRA				**CPF** 801.158.701-30
RG	**Nascimento** 14/07/1976	**Idade** 45a 00m	**Sexo** Masculino	**Estado Civil** Casado(a)
Ambiente de Trabalho OPERACIONAL			**Cargo** JARDINEIRO	

...ado(a) aos seguintes fatores de riscos :

...Exames Complementares Procedimentos diagnósticos:

Cod	Procedimentos Realizados	Data Realizada	Validade	Cod	Procedimentos Realizados	Data Realizada
(0295)	EX. MÉDICO ADMISSIONAL-AV.CLÍN.ANAMNESE OCUP. FÍSICO E MENTAL	29/07/2021	12 meses			

Sendo Considerado Apto (X) Função Descrita

Data: 29/07/2021 Inapto ( )

Parecer Médico:

Dra. Gabriela Haas
Médica Examinadora
CRM 8314 MT
Pro Labore

Médico(a) Examinador(a)
Dr(a). DRA. GABRIELA HAAS
CRM: 8314/MT

Wanie Fernando de Oliveira

Declaro ter recebido 2ª via e autorizo a divulgação dos dados e resultados para empresa contratante.

Responsável Técnico - Médico(a) do Trabalho: Dr(a). DR NIVALDO DE SOUSA RAMOS - CRM: 2704/MT - RQE: 10/MT
Este documento deve ser arquivado no Departamento Médico da Empresa ou do serviço contratado, na ficha do funcionário.

PRO LABORE SAUDE OCUPACIONAL LTDA

AV Blumenau, Nº 2.947 - Sala 6 - Centro - Sorriso/MT - CEP: 78890-168

Atend. Nº: 16123
Emissão: 30/09/2021 15:31:02

Em cumprimento ao Capítulo V da CLT Lei 6.514/77, artigo 168 - § 1º e 3º, e Portarias nºs 3.214/78, 3.164/82, 24/94 e 8/96, da NR-7 da Secretaria de Trabalho, foi emitido o:

ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL (ASO) - ADMISSIONAL



Empresa			**CNPJ**	
CALIFORNIA MUDAS LTDA 13.244.679-0 (M)			06.009.154/0001-20	
Endereço				
R PORTO SEGURO, Nº 838 - LOTE 37 QUADRA10-A - AREA DE EXPANSAO URB - Sorriso/MT - (				
Funcionário			**CPF**	
DANIELE BENITI COELHO			062.643.331-23	
RG	**Nascimento**	**Idade**	**Sexo**	**Estado Civil**
2458495-9	07/09/1994	27a 00m	Feminino	Solteiro(a)
Ambiente de Trabalho			**Cargo**	
OPERACIONAL			AGENTE DE CONSERVAÇÃO	

Foi clinicamente examinado(a), estando exposto(a) aos seguintes fatores de riscos :

Ausencia de Fatores de Risco Ausencia de Fator de Risco

Sendo submetido(a) aos seguintes procedimentos diagnósticos:

Cod	Procedimentos Realizados	Data Realizada	Validade	Cod	Procedimentos Realizados	Data Realizada	Validade
(0295)	EX MEDICO ADMISSIONAL - AV CLIN ANAMNESE OCUP FISICO E MENTAL	30/09/2021	12 meses				

Sendo Considerado Apto (X) Função Descrita
Data: 30/09/2021 Inapto ( )
Parecer Médico:

Dra. Gabriela Haas
Médica Examinadora
CRM 8314 MT

Médico(a) Examinador(a)
Dr(a). DRA. GABRIELA HAAS
CRM 8314/MT

Daniele B. Coelho
Recebi a 2ª Via - Funcionário(a)

Responsável Técnico - Medico(a) do Trabalho Dr(a) DR NIVALDO DE SOUSA RAMOS - CRM 2704/MT - RQE 10/MT
Este documento deve ser arquivado no Departamento Médico da Empresa ou do serviço contratado, na ficha do funcionário.

PRO LABORE SAUDE OCUPACIONAL LTDA

PRO LABORE

AV Blumenau, Nº 2.947 - Sala 6 - Centro - Sorriso/MT - CEP: 78890-168

Atend. Nº: 17224
Emissão: 27/10/2021 14:38:00

Em cumprimento ao Capítulo V da CLT Lei 6.514/77, artigo 168 - § 1º e 3º, e Portarias nºs 3.214/78, 3.164/82, 24/94 e 8/96, da NR-7 da Secretaria de Trabalho, foi emitido o:

ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL (ASO) - ADMISSIONAL



Empresa
CALIFORNIA MUDAS LTDA 13.244.679-0 (M)

CNPJ
06.009.154/0001-20

Endereço
R PORTO SEGURO, Nº 838 - LOTE 37 QUADRA10-A - AREA DE EXPANSAO URB - Sorriso/MT -

Funcionário
ELIANE LOPES MAGALHÃES

CPF
054.518.863-69

RG	Nascimento	Idade	Sexo	Estado Civil
3492476-0	19/01/1980	41a 09m	Feminino	Outro

Ambiente de Trabalho
OPERACIONAL

Cargo
AGENTE DE CONSERVAÇÃO

Foi clinicamente examinado(a), estando exposto(a) aos seguintes fatores de riscos :

Ausência de Fatores de Risco Ausência de Fator de Risco

Sendo submetido(a) aos seguintes procedimentos diagnósticos:

Cod	Procedimentos Realizados	Data Realizada	Validade	Cod	Procedimentos Realizados	Data Realizada	Validade
(0295)	EX MEDICO ADMISSIONAL-AV CLIN ANAMNESE OCUP FISICO E MENTAL	27/10/2021	12 meses				

Sendo Considerado **Apto (X)** Função Descrita
Data: 27/10/2021 **Inapto ( )**
Parecer Médico:

Dra. Gabriela Haas
Médica Examinadora
CRM 8314 MT
Pro Labore

Médico(a) Examinador(a)
Dr(a). DRA. GABRIELA HAAS
CRM: 8314/MT

Eliane Lopes Magalhães
Recebi a 2ª Via - Funcionário(a)

Responsável Técnico - Medico(a) do Trabalho: Dr(a). DR NIVALDO DE SOUSA RAMOS - CRM: 2704/MT - RQE: 10/MT
Este documento deve ser arquivado no Departamento Médico da Empresa ou do serviço contratado, na ficha do funcionário.

PRO LABORE SAUDE OCUPACIONAL LTDA

PRO LABORE

AV Blumenau, Nº 2.947 - Sala 6 - Centro - Sorriso/MT - CEP: 78890-168

Atend. Nº: 19817

Emissão: 22/10/2021 0 56:26

Em cumprimento ao Capitulo V da CLT Lei 6.514 77, artigo 168 - § 1º e 3º, e Portarias n's 3.214 78, 3.164/82, 24/94 e 8/96, da NR-7 da Secretaria de Trabalho, foi emitido o:

ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL (ASO) - ADMISSIONAL

Empresa
CALIFORNIA MUDAS LTDA 13.244.679-0 (M)

CNPJ
06.009.154/0001-20

Endereço
R PORTO SEGURO, Nº 838 - LOTE 37 QUADRA 10-A - AREA DE EXPANSAO URB - Sorriso/MT - CEP: 78890-000

Funcionário
DEUVAIR PEREIRA DOS SANTOS

CPF
032.708.651-39

RG	Nascimento	Idade	Sexo	Estado Civil
2031539-2	13/06/1987	34a 06m	Masculino	Solteiro(a)

Ambiente de Trabalho
OPERACIONAL

Cargo
AGENTE DE CONSERVAÇÃO

Foi clinicamente examinado(a), estando exposto(a) aos seguintes fatores de riscos :

Sendo submetido(a) aos seguintes procedimentos diagnósticos:

Cod	Procedimentos Realizados	Data Realizada	Validade	Cod	Procedimentos Realizados	Data Realizada	Validade
(0295)	EX MEDICO ADMISSIONAL - AV CLIN ANAMNESE OCUP FISICO E MENTAL	22/10/2021	12 meses				

Sendo Considerado Apto (X) Função Descrita

Data: 22/12/2021

Inapto ( )

Parecer Médico:

Dra. Gabriela Haas

Médico(a) Examinador(a)
Dr(a) DRA GABRIELA HAAS
CRM 8314/MT

Recebi a 2ª Via - Funcionário(a)

Responsável Técnico - Medico(a) do Trabalho: Dr(a) DR NIVALDO DE SOUSA RAMOS - CRM 2704/MT - RQE 10/MT
Este documento deve ser arquivado no Departamento Médico da Empresa ou do serviço contratado, na ficha do funcionário.

PRO LABORE SAUDE OCUPACIONAL LTDA

PRO LABORE

AV Blumenau, Nº 2.947 - Sala 6 - Centro - Sorriso/MT - CEP: 78890-168

Atend. Nº: 19800
Emissão: 22/12/2021 09:44:21

Em cumprimento ao Capitulo V da CLT Lei 6.514/77, artigo 168 - § 1º e 3º, e Portarias nºs 3.214/78, 3.164/82, 24/94 e 8/96, da NR-7 da Secretaria de Trabalho, foi emitido o:

ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL (ASO) - ADMISSIONAL



Empresa
CALIFORNIA MUDAS LTDA 13.244.679-0 (M)

CNPJ
06.009.154/0001-20

Endereço
R PORTO SEGURO, Nº 838 - LOTE 37 QUADRA10-A - AREA DE EXPANSAO URB - Sorriso/MT -

Funcionário
JHEINY PEREIRA DE LIMA

CPF
054.667.731-23

RG	Nascimento	Idade	Sexo	Estado Civil
2302640-5	23/11/1994	27a 00m	Feminino	Solteiro(a)

Ambiente de Trabalho
OPERACIONAL

Cargo
PROJETISTA

Foi clinicamente examinado(a), estando exposto(a) aos seguintes fatores de riscos :

Sendo submetido(a) aos seguintes procedimentos diagnósticos:

Cod	Procedimentos Realizados	Data Realizada	Validade	Cod	Procedimentos Realizados	Data Realizada	Validade
(0295)	EX. MEDICO ADMISSIONAL - AV CLIN ANAMNESE OCUP. FISICO E MENTAL	22/12/2021	12 meses				

Sendo Considerado Apto (X) Função Descrita
Data: 22/12/2021 Inapto ( )
Parecer Médico:

Dra. Gabriela Haas
Médico Examinador
CRM 8314/MT
PRO LABORE

Médico(a) Examinador(a)
Dr(a) DRA GABRIELLA HAAS
CRM 8314/MT

Recebi a 2ª Via - Funcionário(a)

Responsável Técnico - Médico(a) do Trabalho Dr(a) DR NIVALDO DE SOUSA RAMOS - CRM 2704/MT - RQE 10/MT
Este documento deve ser arquivado no Departamento Médico da Empresa ou do serviço contratado, na ficha do funcionário.

PRO LABORE SAUDE OCUPACIONAL LTDA

PRO LABORE

AV Blumenau, Nº 2.947 - Sala 6 - Centro - Sorriso/MT - CEP: 78890-168

Atend. Nº: 16121
Emissão: 30/09/2021 15:29:54

Em cumprimento ao Capitulo V da CLT Lei 6.514/77, artigo 168 - § 1º e 3º, e Portarias nºs 3.214/78, 3.164/82, 24/94 e 8/96, da NR-7 da Secretaria de Trabalho, foi emitido o:

ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL (ASO) - ADMISSIONAL

Empresa	**CNPJ**
CALIFORNIA MUDAS LTDA 13.244.679-0 (M)	06.009.154/0001-20

Endereço
R PORTO SEGURO, Nº 838 - LOTE 37 QUADRA10-A - AREA DE EXPANSAO URB - Sorriso/MT - CEP: 78890-000

Funcionário	**CPF**
MARIA APARECIDA DENITI DA SILVA	307.443.988-27

RG	**Nascimento**	**Idade**	**Sexo**	**Estado Civil**
2330280-1	12/07/1978	43a 02m	Feminino	Casado(a)

Ambiente de Trabalho	**Cargo**
OPERACIONAL	AGENTE DE CONSERVAÇÃO

Foi clinicamente examinado(a), estando exposto(a) aos seguintes fatores de riscos :

Ausência de Fatores de Risco Ausência de Fator de Risco

Sendo submetido(a) aos seguintes procedimentos diagnósticos:

Cod	Procedimentos Realizados	Data Realizada	Validade	Cod	Procedimentos Realizados	Data Realizada	Validade
(0295)	EX MÉDICO ADMISSIONAL - AV CLIN ANAMNESE OCUP FISICO E MENTAL	30/09/2021	12 meses				

Sendo Considerado Apto (X) Função Descrita
Data: 30/09/2021 Inapto ( )
Parecer Médico:

Dra. Gabriela Haas
Médico Examinador
CRM 8314 MT

Médico(a) Examinador(a)
Dr(a) DRA GABRIELA HAAS
CRM 8314 MT

Recebi a 2ª Via - Funcionário(a)

Responsável Técnico - Medico(a) do Trabalho Dr(a) DR NIVALDO DE SOUSA RAMOS - CRM 2704/MT - RQE 10/MT
Este documento deve ser arquivado no Departamento Médico da Empresa ou do serviço contratado, na ficha do funcionário.

PRO LABORE SAUDE OCUPACIONAL LTDA

PRO LABORE

AV Blumenau, Nº 2.947 - Sala 6 - Centro - Sorriso/MT - CEP: 78890-168

Atend. Nº: 15572

Emissão: 21/09/2021 09:19:05

Em cumprimento ao Capitulo V da CLT Lei 6.514/77, artigo 168 - § 1º e 3º, e Portarias nºs 3.214/78, 3.164/82, 24/94 e 8/96, da NR-7 da Secretaria de Trabalho, foi emitido o:

ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL (ASO) - ADMISSIONAL

Empresa
CALIFORNIA MUDAS LTDA 13.244.679-0 (M)

CNPJ
06.009.154/0001-20

Endereço
R PORTO SEGURO, Nº 838 - LOTE 37 QUADRA 10-A - AREA DE EXPANSAO URB - Sorriso/MT - (

Funcionário
MARIA DO ROSARIO FARIAS MENDES

CPF
997.119.903-34

RG	Nascimento	Idade	Sexo	Estado Civil
0301270020050	23/11/1974	46a 09m	Feminino	Solteiro(a)

Ambiente de Trabalho
OPERACIONAL

Cargo
AGENTE DE CONSERVAÇÃO



Foi clinicamente examinado(a), estando exposto(a) aos seguintes fatores de riscos :

Sendo submetido(a) aos seguintes procedimentos diagnósticos:

Cod	Procedimentos Realizados	Data Realizada	Validade	Cod	Procedimentos Realizados	Data Realizada	Validade
02951	EX MEDICO ADMISSIONAL-AV CLIN ANAMNESE OCUP FISICO E MENTAL	21/09/2021	12 meses				

Sendo Considerado **Apto (X)** Função Descrita
Data: 21/09/2021 **Inapto ( )**
Parecer Médico:

Médico(a) Examinador(a)
Dr(a) DRA GABRIELA HAAS
CRM 8314/MT

Maria do Rosario Farias Men

Recebi a 2ª Via - Funcionário(a)

Responsável Técnico - Medico(a) do Trabalho, Dr(a) DR NIVALDO DE SOUSA RAMOS - CRM 2704/MT - RQE 10/MT
Este documento deve ser arquivado no Departamento Médico da Empresa ou do serviço contratado, na ficha do funcionário.

PRO LABORE SAUDE OCUPACIONAL LTDA

PRO LABORE

Al' Blumenau, Nº 2.947 - Sala 6 - Centro - Sorriso/MT - CEP: 78890-168

Atend. Nº: 15617

Emissão: 21/09/2021 14:55:19

Em cumprimento ao Capitulo V da CLT Lei 6.514/77, artigo 168 - § 1º e 3º, e Portarias nºs 3.214/78, 3.164/82, 24/94 e 8/96, da NR-7 da Secretaria de Trabalho, foi emitido o:

ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL (ASO) - ADMISSIONAL

Empresa — **CNPJ**

CALIFORNIA MUDAS LTDA 13.244.679-0 (M) — 06.009.154/0001-20

Endereço

R PORTO SEGURO, Nº 838 - LOTE 37 QUADRA 10-A - AREA DE EXPANSAO URB - Sorriso/MT - CEP: 78890-000

Funcionário — **CPF**

RAQUEL DA SILVA OLIVEIRA — 005.269.481-08

RG	Nascimento	Idade	Sexo	Estado Civil
2326827-1	20/10/1976	44a 11m	Feminino	Solteiro(a)

Ambiente de Trabalho	Cargo
OPERACIONAL	AGENTE DE CONSERVAÇÃO

Foi clinicamente examinado(a), estando exposto(a) aos seguintes fatores de riscos :

Sendo submetido(a) aos seguintes procedimentos diagnósticos:

Cod	Procedimentos Realizados	Data Realizada	Validade	Cod	Procedimentos Realizados	Data Realizada	Validade
(0295)	EX MEDICO ADMISSIONAL-AV CLIN ANAMNESE OCUP FISICO E MENTAL	21/09/2021	12 meses				

Sendo Considerado — **Apto (X)** Função Descrita — **Inapto ( )**

Data: 21/09/2021

Parecer Médico:

Médico(a) Examinador(a)
Dr(a) DRA GABRIELA HAAS
CRM 8314/MT

Recebi a 2ª Via - Funcionário(a)

Responsável Técnico - Médico(a) do Trabalho Dr(a) DR NIVALDO DE SOUSA RAMOS - CRM 2704/MT - RQE 10/MT
Este documento deve ser arquivado no Departamento Médico da Empresa ou do serviço contratado, na ficha do funcionário.

PRO LABORE SAUDE OCUPACIONAL LTDA

PRO LABORE

AV Blumenau, Nº 2.947 - Sala 6 - Centro - Sorriso/MT - CEP: 78890-168

Atend. Nº: 16331
Emissão: 05/10/2021 15:45:31

Em cumprimento ao Capitulo V da CLT Lei 6.514/77, artigo 168 - § 1º e 3º, e Portarias nºs 3.214/78, 3.164/82, 24/94 e 8/96, da NR-7 da Secretaria de Trabalho, foi emitido o:

ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL (ASO) - ADMISSIONAL



Empresa
CALIFORNIA MUDAS LTDA 13.244.679-0 (M)

CNPJ
06.009.154/0001-20

Endereço
R PORTO SEGURO, Nº 838 - LOTE 37 QUADRA10-A - AREA DE EXPANSAO URB - Sorriso/MT -

Funcionário
VANDERLEYA SOUSA DE FREITAS

CPF
597.060.232-91

RG	Nascimento	Idade	Sexo	Estado Civil
2618665	07/09/1978	43a 00m	Feminino	Solteiro(a)

Ambiente de Trabalho
OPERACIONAL

Cargo
AGENTE DE CONSERVAÇÃO

Foi clinicamente examinado(a), estando exposto(a) aos seguintes fatores de riscos :

Sendo submetido(a) aos seguintes procedimentos diagnósticos:

Cod	Procedimentos Realizados	Data Realizada	Validade	Cod	Procedimentos Realizados	Data Realizada	Validade
(0295)	EX MEDICO ADMISSIONAL - AV CLIN ANAMNESE OCUP FISICO E MENTAL	05/10/2021	12 meses				

Sendo Considerado Apto (X) Função Descrita
Data: 05/10/2021 Inapto ( )
Parecer Médico:

Dra. Gabriela Haas
Médica Examinadora
CRM 8314 MT

Médico(a) Examinador(a)
Dr(a) DRA GABRIELA HAAS
CRM 8314/MT

Vanderleya Sousa de Frei

Recebi a 2ª Via - Funcionário(a)

Responsável Técnico - Medico(a) do Trabalho: Dr(a) DR NIVALDO DE SOUSA RAMOS - CRM 2704/MT - RQE: 10/MT
Este documento deve ser arquivado no Departamento Médico da Empresa ou do serviço contratado, na ficha do funcionário.


CAF
CENTRAL DE ABASTECIMENTO FARMA







PSF
ANA NERI


CEMEIS PRIMEIROS PASSOS
SORRISO

ESCOLA MUNICIPAL
JARDIM
BELA VISTA

ESCOLA MUNICIPAL
JARDIM
BELA VISTA


ELA VISTA


TAXI
TAXI
9985-5777


E
DROGASIL

PARE!
AREA DE EMBARQUE
DEPARTURES
ARRIVALS
VENTO


CEMEIS PRIMEIROS PASSOS
SORRISO

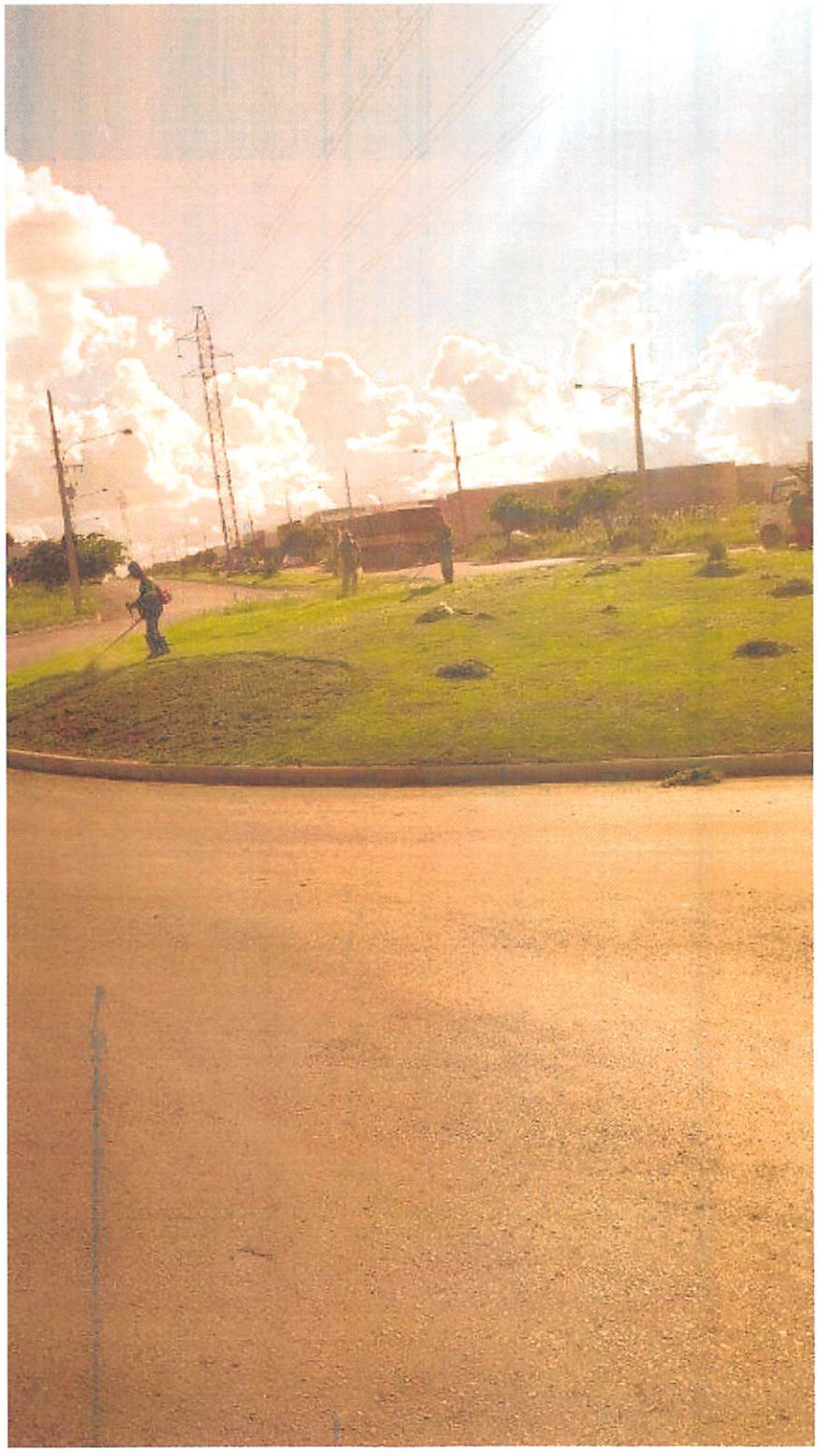
ESCOLA MUNICIPAL
JARDIM
BELA VISTA


ESCOLA MUNICIPAL
JARDIM
BELA VISTA


ESCOLA MUNICIPAL
PROFESSOR ROLF BACHMANN
SORRISO









PREFEITURA DE SORRISO
CAPELA MORTUÁRIA MUNICIPAL
LOURDES ACCO VOZNIAK
Secretaria de Assistência Social










SECRETARIA DE OBRAS
16.11.2021 15:56
-12.55114, -55.75093 (±17m)
Altitude: 344m
Av. Sao Marcos, 457 - São José I, Sorriso - MT, 78890-000


ESCOLA MUNICIPAL
GENTE SABIDA


PRAÇA
RIVAL JOSÉ GONÇALVES
BAIRRO JARDIM CAROLINA


AURELIANO
EIRA DA SILVA



Relatório de serviços

Novembro 2021

01/11 corte de grama e limpeza de folhas e galhos na avenida Rotary Club, corte de grama e limpeza de folhas e galhos na escola municipal Rui Barbosa, corte de grama e limpeza de folhas e galhos na escola municipal Jardim Amazonas, corte de grama e limpeza de folhas e galhos na rua Oregon.

03/11 corte de grama e limpeza de folhas e galhos na avenida Tancredo Neves, corte de grama e limpeza de folhas e galhos na escola municipal Jardim vila Bela, corte de grama e limpeza de folhas e galhos na escola modelo ao lado do estádio municipal.

04/11 corte de grama e limpeza de folhas e galhos no batalhão da polícia militar, corte de grama e limpeza de folhas e galhos no PSF Jardim primavera, corte de grama e limpeza de folhas e galhos no PSF do bairro Bela Vista, corte de grama e limpeza de folhas e galhos na farmácia cidadã do bairro Jardim primavera, corte de grama e limpeza de folhas e galhos na biblioteca Sesi do bairro Jardim primavera, limpeza da avenida dos flamboyant.

05/11 corte de grama e limpeza de folhas e galhos na avenida Natalino João Brescansin, corte de grama e limpeza de folhas e galhos na avenida Los Angeles no bairro topázio, corte de grama e limpeza de folhas e galhos no parque ecológico, passada de veneno nós matos e ervas daninhas no centro de eventos Ari José Riedi, corte de grama e limpeza de folhas e galhos na avenida dos flamboyants, passar veneno nos matos da avenida Tancredo Neves.

Relatório semanal de prestação de serviços

De 08 à 14 de novembro de 2021

08/11 corte de grama e limpeza de folhas e galhos na avenida Curitiba da Perimetral do CTG ate a esquina da avenida Los Angeles, corte de grama e limpeza de folhas e galhos na praça do bairro vila Rica, corte de grama e limpeza de folhas e galhos na avenida porto alegre no bairro monte Líbano, corte de grama e limpeza de folhas e galhos no marco zero, corte de grama no aeroporto regional Adolino Bedin, corte de grama e limpeza de folhas e galhos na escola municipal vila Bela.

09/11 corte de grama e limpeza de folhas e galhos nas avenidas do bairro Mario raiter, corte de grama e limpeza de folhas e galhos na escola municipal nova aliança, corte de grama e limpeza de folhas e galhos no PSF nova aliança, corte de grana e limpeza de folhas e galhos no PSF são domingos, corte de grama e limpeza de folhas e galhos no entorno do campo do bairro São Domingos, corte de grama e limpeza de folhas e galhos no PSF São Mateus, corte de grama e limpeza de folhas e galhos no cemeis primeiros passos do bairro Nova aliança.

10/11 corte de grama nas avenidas do bairro novo horizonte 1 e 2, corte de grama e limpeza de folhas e galhos no PSF Ana Neri, corte de grama e limpeza de folhas e galhos na cemeis ao lado da escola municipal papa, corte de grama e limpeza de folhas e galhos na escola municipal papa João Paulo II.

11/11 corte de grama e limpeza de folhas e galhos nas avenidas do bairro morada do bosque I e II, corte de grama e limpeza de folhas e galhos na praça do bairro morada do bosque, Corte de grama e limpeza de folhas e falhos na escola municipal São Domingos, corte de grama e limpeza de folhas e galhos na escola municipal flor do amanhã do bairro boa esperança.

12/11 corte de grama e limpeza de folhas e galhos no cemeis do bairro boa esperança, corte de grama e limpeza de folhas e galhos no PSF fraternidade, corte de grama e limpeza de folhas e galhos

nas avenidas do bairro Jardim dos ipés, corte de grama e limpeza de folhas e galhos no cemeis do bairro São Domingos, corte de grama e limpeza de folhas e galhos na escola municipal São Domingos no bairro morada do bosque, corte de mato nos fundos do prédio do departamento de almoxarifado, corte e limpeza de matos nos fundos do segundo prédio do arquivo municipal.

13/11 corte de grama e limpeza de folhas e galhos n praça da integração, corte de grama e limpeza de folhas e galhos na praça do bairro São Francisco.

RELATÓRIO SEMANAL DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

15 à 21 de novembro de 2021

16/11 corte de grama e limpeza de folhas e galhos na avenida Brasil, corte de grama e limpeza de folhas e galhos no PSF Benjamin Raiser, corte de grama e limpeza de folhas e galhos no centro psicossocial do bairro Benjamim Raiser, corte de grama e limpeza de folhas e galhos no Cemeis do bairro Bom Jesus.

17/11 corte de grama e limpeza de folhas e galhos na avenida Rio Grande do Sul, corte se grama e limpeza de folhas e galhos na escola municipal Aureliano, corte de grama e limpeza de folhas e galhos na escola municipal gente sabida, corte de grama e limpeza de folhas e galhos no PSF jardim Carolina, corte de grama e limpeza de folhas e galhos na praça do bairro Jardim Carolina, corte de grama e limpeza de folhas e galhos na perimetral noroeste.

18/11 corte de grama e limpeza de folhas e galhos na avenida João Baptista francio, corte de grama e limpeza de folhas e galhos no PSF são José, corte de grama e limpeza de folhas e galhos no cemeis são José, corte de grama e limpeza de folhas e galhos no CRAS são José, corte se grama e limpeza de folhas e galhos entorno da quadra de esportes do bairro São José, corte de grama e limpeza de folhas e galhos na praça do bairro, corte de grama e limpeza de folhas e galhos na avenida Blumenau no bairro Jardim Amazonas, corte de grama e limpeza no departamento de patrimônio municipal, corte de grama e capina de matos no jardim da escola municipal Leôncio pinheiro da Silva, corte de matos nos fundos da quadra de esportes da escola municipal Leôncio Pinheiro da Silva.

19/11 corte de grama e limpeza de folhas e galhos na praça da Juventude, corte de grama e limpeza na Praça das Fontes, corte de grama e limpeza de folhas e galhos na avenida Noêmia Dalmolin, corte de grama e limpeza de folhas e galhos no entorno do parque ecológico.

Relatório de prestação de serviços

22 à 30 de novembro de 2021

22/11 corte de grama e limpeza de folhas e galhos na avenida dos imigrantes, corte de grama e limpeza de folhas e galhos na feira do pequeno produtor, corte de grama e limpeza de folhas e galhos no cartório eleitoral, corte de grama e limpeza de folhas e galhos no centro de convivência da terceira idade, corte de grama e limpeza de folhas e galhos no PSF Rota do Sol, corte de grama e limpeza de folhas e galhos no PSF Santa Clara, passar veneno nos matos da avenida dos universitários.

23/11 corte de grama e limpeza de folhas e galhos na avenida porto alegre, corte de grama no lago municipal do Rota do Sol, corte de grama na farmácia cidadã central, corte de grama no AME, corte de grama na UPA, corte de grama e limpeza de folhas e galhos na capela mortuária municipal.

24/11 corte de grama e limpeza de folhas e galhos no PSF do bairros pinheiros, corte de grama e limpeza de folhas e galhos na praça do bairro Santa Maria, corte de grama e limpeza de folhas e galhos na praça do bairro Taiama, corte de grama e limpeza de folhas e galhos na escola municipal Rolf Bachmann, corte de grama e limpeza de folhas e galhos na praça do bairro pinheiros 1, corte de grama e limpeza de folhas e galhos na praça do bairro pinheiros 3.

25/11 corte de grama e limpeza de folhas e galhos no centro de eventos Ari José Riedi, corte de grama e limpeza de folhas e galhos na avenida Blumenau no centro, corte de grama e limpeza de folhas e galhos no centro municipal de educação básica de sorriso, corte de grama e limpeza de folhas e galhos na escola municipal jardim Bela Vista, corte de grama e limpeza de folhas e galhos no cemeis criança esperança.

26/11 corte de grama e limpeza de folhas e galhos na avenida Curitiba no bairro Jardim Amazônia, corte de grama e limpeza de folhas e galhos na rua Oregon, corte de grama e limpeza de folhas e galhos no cemeis Pingo de Amor, corte de grama e limpeza de folhas e galhos no PSF Jardim Amazônia, corte de grama e limpeza de folhas e galhos na escola municipal Jardim Amazônia, corte de grama e limpeza de folhas e galhos no cemeis Jardim

Amazônia, corte de grama e limpeza de folhas e galhos no cemeis Caminhos do Saber.

27/11 corte de grama e limpeza de folhas e galhos na prefeitura municipal de Sorriso, corte de grama e limpeza de folhas e galhos na secretaria municipal de esportes e lazer, corte de grama e limpeza na camara Municipal de Sorriso, corte de grama e limpeza de folhas e galhos na Preciso, corte de grama e limpeza de folhas e galhos na secretaria de Saúde de Sorriso, corte de grama e limpeza de folhas e galhos na praça da Juventude, corte de grama e limpeza de folhas e galhos na praça do bairro Jardim Primavera.

29/11 corte de grama e limpeza de folhas e galhos na avenida Tancredo Neves, corte de grama e limpeza de folhas e galhos na avenida dos universitários, corte de grama e limpeza de folhas e galhos na avenida Los Angeles, corte de grama e limpeza de folhas e galhos na avenida Rotary Club, corte de grama e limpeza de folhas e galhos no praça do bairro parque das araras.

30/11 corte de grama e limpeza de folhas e galhos no PSF Jardim Primavera, corte de grama e limpeza de folhas e galhos no PSF do Bela Vista, corte de grama e limpeza de folhas e galhos na Farmácia Cidadã do bairro Jardim Primavera, corte de grama e limpeza de folhas e galhos na Biblioteca Sesi, corte de grama e limpeza de folhas e galhos no PSF Jardim Europa, corte de grama e limpeza de folhas e galhos no PSF Jardim Itália

corte de grama e limpeza de folhas e galhos no PSF Jardim Primavera, corte de grama e limpeza de folhas e galhos no PSF do Bela Vista, corte de grama e limpeza de folhas e galhos na Farmácia Cidadã do bairro Jardim Primavera, corte de grama e limpeza de folhas e galhos na Biblioteca Sesi, corte de grama e limpeza de folhas e galhos no PSF Jardim Europa, corte de grama e limpeza de folhas e galhos no PSF Jardim Itália, corte de grama na avenida novo horizonte.

PREFEITURA DE SORRISO
CAPITAL NACIONAL DO AGRONEGÓCIO

RELATÓRIO DE SERVIÇOS PRESTADO DIÁRIO (CALIFÓRNIA MUDAS)

DATA 11/11/21

LOCAL DO SERVIÇO EXECUTADO:
Academia da saúde Santa Inês

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO:

CORTE DE GRAMA (X)

LIMPEZA DE GALHOS E FOLHAS (✓)

OUTROS:

RESPONSÁVEL DO LOCAL

CALIFÓRNIA MUDAS

PREFEITURA DE SORRISO
CAPITAL NACIONAL DO AGRONEGÓCIO

RELATÓRIO DE SERVIÇOS PRESTADO DIÁRIO (CALIFÓRNIA MUDAS)

DATA 16/11/21

LOCAL DO SERVIÇO EXECUTADO:

ALMOXARIFADO MUNICIPAL

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO:

CORTE DE GRAMA ( )

LIMPEZA DE GALHOS E FOLHAS ( )

OUTROS:

PASSAR VENENO NOS MATOS NOS FUNDOS DO ALMOXARIFADO

RESPONSÁVEL DO LOCAL

CALIFÓRNIA MUDAS

PREFEITURA DE SORRISO
CAPITAL NACIONAL DO AGRONEGÓCIO

RELATÓRIO DE SERVIÇOS PRESTADO DIÁRIO (CALIFÓRNIA MUDAS)

DATA 12/11/21

LOCAL DO SERVIÇO EXECUTADO:

ALMOXARIFADO CENTRAL

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO:

CORTE DE GRAMA ( )

LIMPEZA DE GALHOS E FOLHAS ( )

OUTROS:

Joni Roberto - Matr. 070
Almoxarifado Central
Av. Ademar Ratter, 10
Fone: 66 3544-2461
Prefeitura Municipal de Sorriso

RESPONSÁVEL DO LOCAL

CALIFÓRNIA MUDAS

PREFEITURA DE SORRISO
CAPITAL NACIONAL DO AGRONEGÓCIO

RELATÓRIO DE SERVIÇOS PRESTADO DIÁRIO (CALIFÓRNIA MUDAS)

DATA 09/11/21

LOCAL DO SERVIÇO EXECUTADO:

DEPARTAMENTO DE CULTURA - OFICINA DE MÚSICAS

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO:

CORTE DE GRAMA (X)

LIMPEZA DE GALHOS E FOLHAS (X)

OUTROS:

RESPONSÁVEL DO LOCAL

CALIFÓRNIA MUDAS

PREFEITURA DE SORRISO
CAPITAL NACIONAL DO AGRONEGÓCIO

RELATÓRIO DE SERVIÇOS PRESTADO DIÁRIO (CALIFÓRNIA MUDAS)

DATA 18/11/21

LOCAL DO SERVIÇO EXECUTADO:
CAPS - BENJAMIN KAISER

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO:
CORTE DE GRAMA (X)
LIMPEZA DE GALHOS E FOLHAS ( )
OUTROS:

Milany Silva
RESPONSÁVEL DO LOCAL

CALIFÓRNIA MUDAS

PREFEITURA DE SORRISO
CAPITAL NACIONAL DO AGRONEGÓCIO

RELATÓRIO DE SERVIÇOS PRESTADO DIÁRIO (CALIFÓRNIA MUDAS)

DATA 03/11/21

LOCAL DO SERVIÇO EXECUTADO:

CAPS NOVA VIDA - BENJAMIN RAISER

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO:

CORTE DE GRAMA (X)

LIMPEZA DE GALHOS E FOLHAS ( )

OUTROS:

Milleny Silva
RESPONSÁVEL DO LOCAL

CALIFÓRNIA MUDAS

PREFEITURA DE SORRISO
CAPITAL NACIONAL DO AGRONEGÓCIO

RELATÓRIO DE SERVIÇOS PRESTADO DIÁRIO (CALIFÓRNIA MUDAS)

DATA 3 / 11 / 21

LOCAL DO SERVIÇO EXECUTADO:

CEMEB Sorriso

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO:

CORTE DE GRAMA (X)

LIMPEZA DE GALHOS E FOLHAS ( )

OUTROS:

Marizane Brunetto
RESPONSÁVEL DO LOCAL

CALIFÓRNIA MUDAS

PREFEITURA DE
SORRISO
CAPITAL NACIONAL DO AGRONEGÓCIO

RELATÓRIO DE SERVIÇOS PRESTADO DIÁRIO (CALIFÓRNIA MUDAS)

DATA 26 / 11 / 21

LOCAL DO SERVIÇO EXECUTADO:

~~comunhos do saber~~ - cemei Belaparta

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO:

CORTE DE GRAMA (X)

LIMPEZA DE GALHOS E FOLHAS ( )

OUTROS:

Sandra Ordakowski

RESPONSÁVEL DO LOCAL

Sandra Ordakowski
Diretora CEMEIS Caminhos do Saber
Portaria nº 041 - 20 01 2020

CALIFÓRNIA MUDAS

PREFEITURA DE SORRISO
CAPITAL NACIONAL DO AGRONEGÓCIO

RELATÓRIO DE SERVIÇOS PRESTADO DIÁRIO (CALIFÓRNIA MUDAS)

DATA 03 / 11 / 21

LOCAL DO SERVIÇO EXECUTADO:

CEMEIS CRIANÇA ESPERANÇA

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO:

CORTE DE GRAMA (X)

LIMPEZA DE GALHOS E FOLHAS (X)

OUTROS:

Juliana Mora
RESPONSÁVEL DO LOCAL

CALIFÓRNIA MUDAS

PREFEITURA DE
SORRISO
CAPITAL NACIONAL DO AGRONEGÓCIO

RELATÓRIO DE SERVIÇOS PRESTADO DIÁRIO (CALIFÓRNIA MUDAS)

DATA 25/11/21

LOCAL DO SERVIÇO EXECUTADO

CEMEIS CRIANÇA ESPERANÇA

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO:

CORTE DE GRAMA (X)

LIMPEZA DE GALHOS E FOLHAS ( )

OUTROS:

_____

_____

_____

_____

Alan A C Luiz
RESPONSÁVEL DO LOCAL

CALIFÓRNIA MUDAS

PREFEITURA DE
SORRISO
CAPITAL NACIONAL DO AGRONEGÓCIO

RELATÓRIO DE SERVIÇOS PRESTADO DIÁRIO (CALIFÓRNIA MUDAS)

DATA 26/11/21

LOCAL DO SERVIÇO EXECUTADO:

CÉUS JARDIM AMAZONAS

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO:

CORTE DE GRAMA (X)

LIMPEZA DE GALHOS E FOLHAS ( )

OUTROS:

_____

_____

_____

_____

RESPONSÁVEL DO LOCAL

CALIFÓRNIA MUDAS

PREFEITURA DE
SORRISO
CAPITAL NACIONAL DO AGRONEGÓCIO

RELATÓRIO DE SERVIÇOS PRESTADO DIÁRIO
(CALIFÓRNIA MUDAS)

DATA 26/11/21

LOCAL DO SERVIÇO EXECUTADO:

CEMEIS PINGO DE AMOR

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO:

CORTE DE GRAMA (X)

LIMPEZA DE GALHOS E FOLHAS ( )

OUTROS:

Elaine Bernardin
RESPONSÁVEL DO LOCAL

CALIFÓRNIA MUDAS

PREFEITURA DE SORRISO
CAPITAL NACIONAL DO AGRONEGÓCIO

RELATÓRIO DE SERVIÇOS PRESTADO DIÁRIO (CALIFÓRNIA MUDAS)

DATA 9 / 11 / 21

LOCAL DO SERVIÇO EXECUTADO:

Camilo Bonatto garagem nova aliança

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO:

CORTE DE GRAMA (X)

LIMPEZA DE GALHOS E FOLHAS (X)

OUTROS:

RESPONSÁVEL DO LOCAL

Maria

CALIFÓRNIA MUDAS

PREFEITURA DE SORRISO
CAPITAL NACIONAL DO AGRONEGÓCIO

RELATÓRIO DE SERVIÇOS PRESTADO DIÁRIO (CALIFÓRNIA MUDAS)

DATA 10 / 11 / 21

LOCAL DO SERVIÇO EXECUTADO:

cemitério Dois Domingos

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO:

CORTE DE GRAMA (X)

LIMPEZA DE GALHOS E FOLHAS (X)

OUTROS:

Daniella Pasinato
RESPONSÁVEL DO LOCAL

CALIFÓRNIA MUDAS

PREFEITURA DE SORRISO
CAPITAL NACIONAL DO AGRONEGÓCIO

RELATÓRIO DE SERVIÇOS PRESTADO DIÁRIO (CALIFÓRNIA MUDAS)

DATA 17/11/21

LOCAL DO SERVIÇO EXECUTADO:

CEMEIS SÃO JOSÉ

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO:

CORTE DE GRAMA (X)

LIMPEZA DE GALHOS E FOLHAS (X)

OUTROS:

Marcia de Lima Xavier
RESPONSÁVEL DO LOCAL

CALIFÓRNIA MUDAS

PREFEITURA DE SORRISO
CAPITAL NACIONAL DO AGRONEGÓCIO

RELATÓRIO DE SERVIÇOS PRESTADO DIÁRIO (CALIFÓRNIA MUDAS)

DATA 2 / 11 / 21

LOCAL DO SERVIÇO EXECUTADO:

Gemeis Sonho encantado

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO:

CORTE DE GRAMA (X)

LIMPEZA DE GALHOS E FOLHAS (X)

OUTROS:

Solange F. de Souza Moraes

RESPONSÁVEL DO LOCAL

GEMEIS SONHO ENCANTADO
CNPJ 08.661.189/0001-49
Solange F. de S. Moraes
Diretora
Portaria 1186/2017

CALIFÓRNIA MUDAS

PREFEITURA DE
SORRISO
CAPITAL NACIONAL DO AGRONEGÓCIO

RELATÓRIO DE SERVIÇOS PRESTADO DIÁRIO (CALIFÓRNIA MUDAS)

DATA 25/11/21

LOCAL DO SERVIÇO EXECUTADO:
Centro Municipal de Educação Básica de Sorriso

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO:

CORTE DE GRAMA (X)

LIMPEZA DE GALHOS E FOLHAS ( )

OUTROS:

Maria da A. S. Pereira Oliveira
Orientadora Pedagógica
CMEB Sorriso
Portaria Nº 122 2020 SEMEC

Assunção
RESPONSÁVEL DO LOCAL

CALIFÓRNIA MUDAS

PREFEITURA DE SORRISO
CAPITAL NACIONAL DO AGRONEGÓCIO

RELATÓRIO DE SERVIÇOS PRESTADO DIÁRIO (CALIFÓRNIA MUDAS)

DATA 18 / 11 / 21

LOCAL DO SERVIÇO EXECUTADO:

Inaí Dario José

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO:

CORTE DE GRAMA (X)

LIMPEZA DE GALHOS E FOLHAS ( )

OUTROS:

Katiane Almeida Leite
RESPONSÁVEL DO LOCAL

CALIFÓRNIA MUDAS

PREFEITURA DE SORRISO
CAPITAL NACIONAL DO AGRONEGÓCIO

RELATÓRIO DE SERVIÇOS PRESTADO DIÁRIO (CALIFÓRNIA MUDAS)

DATA 18 / 11 / 21

LOCAL DO SERVIÇO EXECUTADO:
DEPARTAMENTO DE PATRIMONIO

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO:
CORTE DE GRAMA (X)
LIMPEZA DE GALHOS E FOLHAS (X)
OUTROS:

_____
_____
_____
_____

João Pedro Ramos
RESPONSÁVEL DO LOCAL

CALIFÓRNIA MUDAS

PREFEITURA DE SORRISO
CAPITAL NACIONAL DO AGRONEGÓCIO

RELATÓRIO DE SERVIÇOS PRESTADO DIÁRIO (CALIFÓRNIA MUDAS)

DATA 11/11/21

LOCAL DO SERVIÇO EXECUTADO:

Escola Municipal Flor do Amanhã

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO:

CORTE DE GRAMA (X)

LIMPEZA DE GALHOS E FOLHAS (X)

OUTROS:

Genesleni Libardi Pinto
RESPONSÁVEL DO LOCAL

CALIFÓRNIA MUDAS

PREFEITURA DE
SORRISO
CAPITAL NACIONAL DO AGRONEGÓCIO

RELATÓRIO DE SERVIÇOS PRESTADO DIÁRIO
(CALIFÓRNIA MUDAS)

DATA 25/11/21

LOCAL DO SERVIÇO EXECUTADO:

Escola Municipal Jardim Bela Vista

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO:

CORTE DE GRAMA (X)

LIMPEZA DE GALHOS E FOLHAS ( )

OUTROS:

Luiz G. Baptista
RESPONSÁVEL DO LOCAL

CALIFÓRNIA MUDAS

PREFEITURA DE
SORRISO
CAPITAL NACIONAL DO AGRONEGÓCIO

RELATÓRIO DE SERVIÇOS PRESTADO DIÁRIO (CALIFÓRNIA MUDAS)

DATA 26/11/21

LOCAL DO SERVIÇO EXECUTADO:

Escola Municipal Jardim Amazônia

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO:

CORTE DE GRAMA (X)

LIMPEZA DE GALHOS E FOLHAS ( )

OUTROS:

Marcilene Scandica
RESPONSÁVEL DO LOCAL

CALIFÓRNIA MUDAS

PREFEITURA DE SORRISO
CAPITAL NACIONAL DO AGRONEGÓCIO

RELATÓRIO DE SERVIÇOS PRESTADO DIÁRIO (CALIFÓRNIA MUDAS)

DATA 03/11/21

LOCAL DO SERVIÇO EXECUTADO:

ESCOLA MUNICIPAL JARDIM BELA VISTA

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO:

CORTE DE GRAMA (X)

LIMPEZA DE GALHOS E FOLHAS (-)

OUTROS:

PASSAR VENENO NOS MATO E ERVAS DANINHAS

RESPONSÁVEL DO LOCAL

Gilberto Simisen
Diretor
Portaria 1301 2020

CALIFÓRNIA MUDAS

PREFEITURA DE
SORRISO
CAPITAL NACIONAL DO AGRONEGÓCIO

RELATÓRIO DE SERVIÇOS PRESTADO DIÁRIO (CALIFORNIA MUDAS)

DATA 23/11/21

LOCAL DO SERVIÇO EXECUTADO:

ESCOLA MUNICIPAL RUI BARBOSA

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO:

CORTE DE GRAMA (X)

LIMPEZA DE GALHOS E FOLHAS ( )

OUTROS:

_____

_____

_____

_____

Raimundo Silva
RESPONSÁVEL DO LOCAL

CALIFÓRNIA MUDAS

PREFEITURA DE SORRISO
CAPITAL NACIONAL DO AGRONEGÓCIO

RELATÓRIO DE SERVIÇOS PRESTADO DIÁRIO (CALIFÓRNIA MUDAS)

DATA 10/11/21

LOCAL DO SERVIÇO EXECUTADO:

ESCOLA MUNICIPAL FRANCISCO DONIZETI DE LIMA (NOVA ALIA

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO:

CORTE DE GRAMA (X)

LIMPEZA DE GALHOS E FOLHAS (X)

OUTROS:

Reildo Rpa. da Costa
RESPONSÁVEL DO LOCAL

CALIFÓRNIA MUDAS

PREFEITURA DE
SORRISO
CAPITAL NACIONAL DO AGRONEGÓCIO

RELATÓRIO DE SERVIÇOS PRESTADO DIÁRIO (CALIFÓRNIA MUDAS)

DATA 24/11/21

LOCAL DO SERVIÇO EXECUTADO

ESCOLA MUNICIPAL ROLF BACHMANN

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO:

CORTE DE GRAMA (X)

LIMPEZA DE GALHOS E FOLHAS ( )

OUTROS:

RESPONSÁVEL DO LOCAL

CALIFÓRNIA MUDAS

ESCOLA MUNICIPAL PROFº
ROLF BACHMANN
CNPJ 30.905.062/0001 - 03

PREFEITURA DE SORRISO
CAPITAL NACIONAL DO AGRONEGÓCIO

RELATÓRIO DE SERVIÇOS PRESTADO DIÁRIO (CALIFÓRNIA MUDAS)

DATA 10 / 11 / 21

LOCAL DO SERVIÇO EXECUTADO:

Escola Vila Bela

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO:

CORTE DE GRAMA (X)

LIMPEZA DE GALHOS E FOLHAS ( )

OUTROS:

Rosa Maria da Silva Tizzatto
RESPONSÁVEL DO LOCAL

CALIFÓRNIA MUDAS

PREFEITURA DE
SORRISO
CAPITAL NACIONAL DO AGRONEGÓCIO

RELATÓRIO DE SERVIÇOS PRESTADO DIÁRIO (CALIFÓRNIA MUDAS)

DATA 23/11/21

LOCAL DO SERVIÇO EXECUTADO:

FARMACIA CIDADÃ CENTRAL

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO:

CORTE DE GRAMA (X)

LIMPEZA DE GALHOS E FOLHAS ( )

OUTROS:

Luciana Aparecida Fernandes
RESPONSÁVEL DO LOCAL

CALIFÓRNIA MUDAS

PREFEITURA DE
SORRISO
CAPITAL NACIONAL DO AGRONEGÓCIO

RELATÓRIO DE SERVIÇOS PRESTADO DIÁRIO (CALIFÓRNIA MUDAS)

DATA 23 / 11 / 21

LOCAL DO SERVIÇO EXECUTADO:

Farmacia cidade Jardim

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO:

CORTE DE GRAMA ( )

LIMPEZA DE GALHOS E FOLHAS (x)

OUTROS:

Sarah Soares
RESPONSÁVEL DO LOCAL

CALIFÓRNIA MUDAS

PREFEITURA DE SORRISO
CAPITAL NACIONAL DO AGRONEGÓCIO

RELATÓRIO DE SERVIÇOS PRESTADO DIÁRIO (CALIFÓRNIA MUDAS)

DATA 18 / 11 / 21

LOCAL DO SERVIÇO EXECUTADO:
Samaria adadã Primavera

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO:

CORTE DE GRAMA ( )

LIMPEZA DE GALHOS E FOLHAS (X)

OUTROS:

RESPONSÁVEL DO LOCAL

CALIFÓRNIA MUDAS

PREFEITURA DE SORRISO
CAPITAL NACIONAL DO AGRONEGÓCIO

RELATÓRIO DE SERVIÇOS PRESTADO DIÁRIO (CALIFÓRNIA MUDAS)

DATA 4 / 11 / 22

LOCAL DO SERVIÇO EXECUTADO:

Farmacia cidade Sinop

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO:

CORTE DE GRAMA (X)

LIMPEZA DE GALHOS E FOLHAS ( )

OUTROS:

Marcello Faleiro da Silva
CREA Nº 889
Farmacêutico Responsável
Farmácia Cidade III

RESPONSAVEL DO LOCAL

CALIFÓRNIA MUDAS

PREFEITURA DE SORRISO
CAPITAL NACIONAL DO AGRONEGÓCIO

RELATÓRIO DE SERVIÇOS PRESTADO DIÁRIO (CALIFÓRNIA MUDAS)

DATA 11.11.21

LOCAL DO SERVIÇO EXECUTADO:

CEMEIS FLOR DO AMANHÃ

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO:

CORTE DE GRAMA (X)

LIMPEZA DE GALHOS E FOLHAS (X)

OUTROS:

CEMEIS FLOR DO AMANHÃ
Rua F, s/nº - Bairro Boa Esperança
Sorriso-MT
CNPJ 08.[illegible].819/0001-71
CEE/MT Conforme Parecer CEE 96/2018.
concede Nova Autorização para oferta
Educação Infantil
no período 01/01/2018 a 31/12/2022

RESPONSÁVEL DO LOCAL

CALIFÓRNIA MUDAS

PREFEITURA DE
SORRISO
CAPITAL NACIONAL DO AGRONEGÓCIO

RELATÓRIO DE SERVIÇOS PRESTADO DIÁRIO (CALIFÓRNIA MUDAS)

DATA 22/11/21

LOCAL DO SERVIÇO EXECUTADO:

Escola Municipal Profª Geni Terezinha Forgiarini

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO:

CORTE DE GRAMA (X)

LIMPEZA DE GALHOS E FOLHAS ( )

OUTROS:

RESPONSÁVEL DO LOCAL

CALIFÓRNIA MUDAS

PREFEITURA DE
SORRISO
CAPITAL NACIONAL DO AGRONEGÓCIO

RELATÓRIO DE SERVIÇOS PRESTADO DIÁRIO
(CALIFÓRNIA MUDAS)

DATA 17/11/21

LOCAL DO SERVIÇO EXECUTADO:

Escola Municipal Gente Sabida

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO:

CORTE DE GRAMA (X)

LIMPEZA DE GALHOS E FOLHAS (X)

OUTROS:

_____

_____

_____

_____

Deliveria da Costa Bezerra
RESPONSÁVEL DO LOCAL

_____
CALIFÓRNIA MUDAS

PREFEITURA DE
SORRISO
CAPITAL NACIONAL DO AGRONEGÓCIO

RELATÓRIO DE SERVIÇOS PRESTADO DIÁRIO (CALIFÓRNIA MUDAS)

DATA 17/11/21

LOCAL DO SERVIÇO EXECUTADO:

PSF - JARDIM CAROLINA

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO:

CORTE DE GRAMA X

LIMPEZA DE GALHOS E FOLHAS X

OUTROS:

A Tatiana Alves da Costa
RESPONSÁVEL DO LOCAL

CALIFÓRNIA MUDAS

PREFEITURA DE SORRISO
CAPITAL NACIONAL DO AGRONEGÓCIO

RELATÓRIO DE SERVIÇOS PRESTADO DIÁRIO (CALIFÓRNIA MUDAS)

DATA 18/11/21

LOCAL DO SERVIÇO EXECUTADO:

ESCOLA MUNICIPAL LEONCIO PINHEIRO DA SILVA

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO:

CORTE DE GRAMA (X)

LIMPEZA DE GALHOS E FOLHAS (X)

OUTROS:

CAPINA DE MATOS NO JARDIM DA ESCOLA

Elenda M. Debastiani
RESPONSÁVEL DO LOCAL

CALIFÓRNIA MUDAS

PREFEITURA DE
SORRISO
CAPITAL NACIONAL DO AGRONEGÓCIO

RELATÓRIO DE SERVIÇOS PRESTADO DIÁRIO (CALIFÓRNIA MUDAS)

DATA 10 / 11 / 21

LOCAL DO SERVIÇO EXECUTADO:

PSF São Matheus

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO:

CORTE DE GRAMA ( )

LIMPEZA DE GALHOS E FOLHAS (X)

OUTROS:

Rosangela Gomes 10/11/2021

RESPONSÁVEL DO LOCAL

CALIFÓRNIA MUDAS

PREFEITURA DE SORRISO
CAPITAL NACIONAL DO AGRONEGÓCIO

OF. SEMEC Nº1.468/2021

Sorriso/MT, 26 de novembro de 2021.

Ilmo. Senhor
Milton Geller
Secretário Municipal de Obras e Serviços Públicos

Assunto: **solicitação de corte de grama**

Ao cumprimentá-lo cordial e respeitosamente, vimos por meio deste, solicitar mão de obra para corte de grama, nas seguintes unidades escolares:

- **CEMEIS PINGO DE AMOR,** Bairro Centro;
- **CEMEIS CAMINHOS DO SABER,** Bairro Primavera;
- **ESCOLA MUNICIPAL JARDIM AMAZÔNIA,** Bairro Jardim Amazônia.

Na certeza de podermos contar com vosso apoio, aproveitamos a oportunidade para reiterar nossos votos de estima e consideração.

Atenciosamente,

LÚCIA KORBES DRECHSLER
Secretária Municipal de Educação e Cultura

EXECUTADO
26-11-21

PREFEITURA DE SORRISO
CAPITAL NACIONAL DO AGRONEGÓCIO

Sorriso/MT, 04 de Novembro de 2021.

Ofício nº 051/2021

Ao
Secretaria Municipal de Obras e Serviços
Prefeitura Municipal
Sorriso-MT

Prezado Senhor,

Vimos por meio deste solicitar a **limpeza do mato/capim** nos fundos do Departamento de Almoxarifado bem como no fundo do segundo prédio do Arquivo.

Também solicitar a **substituição das lâmpadas** queimadas no Departamento de Almoxarifado da Prefeitura Municipal de Sorriso.

Informamos que são aproximadamente 10 lâmpadas de 15W.

Sendo o que tínhamos, nos colocamos a disposição para o que se fizer necessário.

Atenciosamente

EXECUTADO EM 12-11-21

Joni Roberto Bischoff
Almoxarifado Central
Prefeitura Municipal de Sorriso-MT

PREFEITURA MUNICIPAL DE SORRISO
RECEBI EM 02/11/21

Secretaria de Obras e Serviços Publicos

PREFEITURA DE SORRISO
CAPITAL NACIONAL DO AGRONEGÓCIO

OF. SEMEC Nº1.396/2021

Sorriso/MT, 08 de novembro de 2021.

Ilmo. Senhor
Milton Geller
Secretário Municipal de Obras e Serviços Públicos

Assunto: **solicitação de corte de grama**

Ao cumprimentá-lo cordial e respeitosamente, vimos por meio deste, solicitar mão de obra para corte de grama, nas seguintes unidades escolares:

- **CEMEIS PRIMEIROS PASSOS,** Bairro Nova Aliança;
- **ESCOLA MUNICIPAL PROFESSORA IVETE LOURDES ARENHARDT,** Bairro Centro.

Na certeza de podermos contar com vosso apoio, aproveitamos a oportunidade para reiterar nossos votos de estima e consideração.

Atenciosamente,

LÚCIA KORBES DRECHSLER
Secretária Municipal de Educação e Cultura

EXECUTADO EM
11-11-21

PREFEITURA DE SORRISO
CAPITAL NACIONAL DO AGRONEGÓCIO

OFÍCIO SEMOSP N. º 011/2021

Sorriso, 10 de Novembro de 2021.

Ao Senhor,

DIRCEU ZANATA
CALIFÓRNIA MUDAS

Prezado Senhor,

Ao cumprimentá-lo nesta oportunidade, a Secretaria de Obras e Serviços Públicos, vem por intermédio deste, **solicita cortes de gramas do Barracão social localizado no Bairro Santa Maria, lembrando que o calendário deverá ser seguido mensalmente.**

Sendo o que tínhamos para o momento, elevo votos de estima e consideração.

EXECUTADO EM

10-11-21

ADELSO AGUIAR
Responsável Imediato

PREFEITURA DE
SORRISO
CAPITAL NACIONAL DO AGRONEGÓCIO

OFÍCIO SEMOSP N. º 009/2021

Sorriso, 05 de Novembro de 2021.

Ao Senhor,

DIRCEU ZANATA
CALIFÓRNIA MUDAS

Prezado Senhor,

Ao cumprimentá-lo nesta oportunidade, a Secretaria de Obras e Serviços Públicos, vem por intermédio deste, **solicitar Limpeza e cortes de gramas na Avenidas do Bairro Mario Raiter, Av. Novo Horizonte I e II, Jardim dos Ipês, Av. Porto Alegre, Aeroporto, Marco Zero, Parque Ecológico, Praça do Vila Rica e Morada do Bosque I e II.**

Sendo o que tínhamos para o momento, elevo votos de estima e consideração.

ADELSO AGUIAR
Responsável Imediato

PREFEITURA DE SORRISO
CAPITAL NACIONAL DO AGRONEGÓCIO

OFÍCIO SEMOSP N. º 010/2021

Sorriso, 05 de Novembro de 2021.

Ao Senhor,

DIRCEU ZANATA
CALIFÓRNIA MUDAS

Prezado Senhor,

Ao cumprimentá-lo nesta oportunidade, a Secretaria de Obras e Serviços Públicos, vem por intermédio deste, **reiterar o Oficio N°1.302 SEMEC protocolado no dia 20/10/2021, onde o mesmo solicita cortes de gramas da seguinte unidade:**

- **ESCOLA MUNICIPAL SÃO DOMINGOS**

Lembramos que o calendário deverá ser seguido mensalmente.

Sendo o que tínhamos para o momento, elevo votos de estima e consideração.

EXECUTADO EM
12-11-21

ADELSO AGUIAR
Responsável Imediato

PREFEITURA DE
SORRISO
CAPITAL NACIONAL DO AGRONEGÓCIO

Sorriso, 04 de novembro de 2021.

Ofício nº 573/2021

Milton Geller

Secretaria de Obras e Serviços Públicos

Ao cumprimentá-lo (a) cordialmente, viemos por meio deste solicitar COM URGÊNCIA a aplicação de herbicida nos calçamentos do Centro de Eventos Ari José Riedi.

Desde já agradecemos a habitual atenção e nos colocamos a disposição para quaisquer esclarecimentos, sem mais no momento, aproveitamos para reiterarmos nossos votos de elevada estima e consideração.

5-11-21

EXECUTADO

5-11-21

(Assinado Digitalmente)

Cláudio Oliveira
Secretário Municipal de Desenvolvimento Econômico

PREFEITURA DE SORRISO
CAPITAL NACIONAL DO AGRONEGÓCIO

OF. SEMEC Nº1.374/2021

Sorriso/MT, 03 de novembro de 2021.

Ilmo. Senhor
Milton Geller
Secretário Municipal de Obras e Serviços Públicos

Assunto: **solicitação de corte de grama**

Ao cumprimentá-lo cordial e respeitosamente, vimos por meio deste, solicitar mão de obra para corte de grama na **Escola Municipal Jardim Bela Vista**, localizada na Rua Celeste, sem número, bairro Jardim Bela Vista.

Na certeza de podermos contar com vosso apoio, aproveitamos a oportunidade para reiterar nossos votos de estima e consideração.

Atenciosamente.

LÚCIA KORBES DRECHSLER
Secretária Municipal de Educação e Cultura

05
SERVIÇO EXECUTADO
EM 04-11-21

PREFEITURA MUNICIPAL DE SORRISO
RECEBI EM 03/11/21

PREFEITURA DE SORRISO
CAPITAL NACIONAL DO AGRONEGÓCIO

DEPARTAMENTO DE PATRIMÔNIO

OFICIO PATRIM° 222/2021. Sorriso/MT 10 de novembro de 2021.

Ao Senhor,

MILTON GELLER

SECRETARIA MUNICIPAL DE OBRAS E SERVIÇOS PÚBLICOS.

Prezado,

Com meus cordiais cumprimentos, venho através deste solicitar equipe de Limpeza Urbana para atender a necessidade do Departamento de Patrimônio, devido ao periodo de chuvas acumulou-se grande quantidade de mato necessitando de limpeza para coibir a proliferação de insetos e manter o ambiente de trabalho limpo e seguro.

Sendo que tenho para o momento, aproveito o ensejo para estornar votos de elevada estima e apreço.

Atenciosamente,

EXECUTADO

Sandra Marcia
CPF 474.414.881-68

SANDRA MARCIA P. DA ROCHA.
GESTORA DE PATRIMÔNIO

P/P

AV. LOS ANGELES, 2010, BAIRRO CALIFÓRNIA - SORRISO-MT - CEP 78890-000 - TEL.(66) 3544-9456.
E-MAIL: patrimonio@sorriso.mt.gov.br

PREFEITURA DE SORRISO
CAPITAL NACIONAL DO AGRONEGÓCIO

OFÍCIO SEMOSP N. º 012/2021

Sorriso, 16 de Novembro de 2021.

Ao Senhor,

DIRCEU ZANATA
CALIFÓRNIA MUDAS

Prezado Senhor,

Ao cumprimentá-lo nesta oportunidade, a Secretaria de Obras e Serviços Públicos, vem por intermédio deste, **solicita cortes de gramas na Av. Blumenau, Av. Brasil, Av. Rio Grande do Sul, centro de distribuição de medicamento, área verde central, escola Municipal Aureliano, CEMEIS São José, Praça Céu e PSF Integração Upinha. Lembrando que o calendário deverá ser seguido mensalmente.**

Sendo o que tínhamos para o momento, elevo votos de estima e consideração.

ADELSO AGUIAR
Responsável Imediato

PREFEITURA DE SORRISO
CAPITAL NACIONAL DO AGRONEGÓCIO

RELATÓRIO DE SERVIÇOS PRESTADO DIÁRIO (CALIFÓRNIA MUDAS)

DATA 22/11/21

LOCAL DO SERVIÇO EXECUTADO:

PACS - UNIÃO

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO:

CORTE DE GRAMA (X)

LIMPEZA DE GALHOS E FOLHAS ( )

OUTROS:

CAPINA DO JARDIM DA FRENTE

Raquel Costa da C.
RESPONSÁVEL DO LOCAL

CALIFÓRNIA MUDAS

PREFEITURA DE SORRISO
CAPITAL NACIONAL DO AGRONEGÓCIO

RELATÓRIO DE SERVIÇOS PRESTADO DIÁRIO (CALIFÓRNIA MUDAS)

DATA 09/11/21

LOCAL DO SERVIÇO EXECUTADO:

PSF - ANA NERI

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO:

CORTE DE GRAMA (✓)

LIMPEZA DE GALHOS E FOLHAS (✓)

OUTROS:

RESPONSÁVEL DO LOCAL

CALIFÓRNIA MUDAS

PREFEITURA DE
SORRISO
CAPITAL NACIONAL DO AGRONEGÓCIO

RELATÓRIO DE SERVIÇOS PRESTADO DIÁRIO (CALIFÓRNIA MUDAS)

DATA 24 / 11 / 21

LOCAL DO SERVIÇO EXECUTADO:

PSF Cordeiro Brazim Andreu – PINHEIROS

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO:

CORTE DE GRAMA (X)

LIMPEZA DE GALHOS E FOLHAS ( )

OUTROS:

Sandy
RESPONSÁVEL DO LOCAL

CALIFÓRNIA MUDAS

PREFEITURA DE
SORRISO
CAPITAL NACIONAL DO AGRONEGÓCIO

RELATÓRIO DE SERVIÇOS PRESTADO DIÁRIO (CALIFÓRNIA MUDAS)

DATA 18 / 11 / 21

LOCAL DO SERVIÇO EXECUTADO:

PSF Bela Vista

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO:

CORTE DE GRAMA ( )

LIMPEZA DE GALHOS E FOLHAS (X)

OUTROS:

Paula F. dos Santos
RESPONSÁVEL DO LOCAL

CALIFÓRNIA MUDAS

PREFEITURA DE
SORRISO
CAPITAL NACIONAL DO AGRONEGÓCIO

RELATÓRIO DE SERVIÇOS PRESTADO DIÁRIO (CALIFÓRNIA MUDAS)

DATA 18/11/21

LOCAL DO SERVIÇO EXECUTADO:

PSF BENJAMIN KAISER

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO:

CORTE DE GRAMA (X)

LIMPEZA DE GALHOS E FOLHAS ( )

OUTROS:

_____

_____

_____

_____

Thamara R. E. Conceição
RESPONSÁVEL DO LOCAL

_____
CALIFÓRNIA MUDAS

PREFEITURA DE SORRISO
CAPITAL NACIONAL DO AGRONEGÓCIO

RELATÓRIO DE SERVIÇOS PRESTADO DIÁRIO (CALIFÓRNIA MUDAS)

DATA 03/11/21

LOCAL DO SERVIÇO EXECUTADO:

PSF. BENJAMIN REISER

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO:

CORTE DE GRAMA (X)

LIMPEZA DE GALHOS E FOLHAS (X)

OUTROS:

_____

_____

_____

_____

michele
RESPONSÁVEL DO LOCAL

CALIFÓRNIA MUDAS

PREFEITURA DE
SORRISO
CAPITAL NACIONAL DO AGRONEGÓCIO

RELATÓRIO DE SERVIÇOS PRESTADO DIÁRIO (CALIFÓRNIA MUDAS)

DATA 11 / 11 / 21

LOCAL DO SERVIÇO EXECUTADO:

PFS Maternidade

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO:

CORTE DE GRAMA (X)

LIMPEZA DE GALHOS E FOLHAS (X)

OUTROS:

Aparecida de L. Chiaz
Jardineira
CC nº 238 605

RESPONSÁVEL DO LOCAL

CALIFÓRNIA MUDAS

PREFEITURA DE
SORRISO
CAPITAL NACIONAL DO AGRONEGÓCIO

RELATÓRIO DE SERVIÇOS PRESTADO DIÁRIO (CALIFÓRNIA MUDAS)

DATA 8 / 11 / 21

LOCAL DO SERVIÇO EXECUTADO:

PSF Industrial

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO:

CORTE DE GRAMA (X)

LIMPEZA DE GALHOS E FOLHAS (X)

OUTROS:

Amanda Pires de Lima

RESPONSÁVEL DO LOCAL

CALIFÓRNIA MUDAS

PREFEITURA DE
SORRISO
CAPITAL NACIONAL DO AGRONEGÓCIO

RELATÓRIO DE SERVIÇOS PRESTADO DIÁRIO (CALIFÓRNIA MUDAS)

DATA 26/11/21

LOCAL DO SERVIÇO EXECUTADO:

PSF JARDIM AMAZONAS

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO:

CORTE DE GRAMA (X)

LIMPEZA DE GALHOS E FOLHAS ( )

OUTROS:

Carla Andreia Albuquerque
RESPONSÁVEL DO LOCAL

CALIFÓRNIA MUDAS

PREFEITURA DE SORRISO
CAPITAL NACIONAL DO AGRONEGÓCIO

RELATÓRIO DE SERVIÇOS PRESTADO DIÁRIO (CALIFÓRNIA MUDAS)

DATA 23 / 11 / 21

LOCAL DO SERVIÇO EXECUTADO:

PSF Jardim Primavera

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO:

CORTE DE GRAMA ( )

LIMPEZA DE GALHOS E FOLHAS (X)

OUTROS:

SMSS Sorriso

23/11/2021

RESPONSÁVEL DO LOCAL

CALIFÓRNIA MUDAS

PREFEITURA DE SORRISO
CAPITAL NACIONAL DO AGRONEGÓCIO

RELATÓRIO DE SERVIÇOS PRESTADO DIÁRIO (CALIFÓRNIA MUDAS)

DATA 18 / 11 / 21

LOCAL DO SERVIÇO EXECUTADO:

PSF Jd Primavera

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO:

CORTE DE GRAMA ( )

LIMPEZA DE GALHOS E FOLHAS (X)

OUTROS:

PSF III - Jardim Primavera
SMSS Sorriso

RESPONSÁVEL DO LOCAL

CALIFÓRNIA MUDAS

PREFEITURA DE SORRISO
CAPITAL NACIONAL DO AGRONEGÓCIO

RELATÓRIO DE SERVIÇOS PRESTADO DIÁRIO (CALIFÓRNIA MUDAS)

DATA 10/11/21

LOCAL DO SERVIÇO EXECUTADO:

PSF NOVA ALIANÇA

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO:

CORTE DE GRAMA (X)

LIMPEZA DE GALHOS E FOLHAS ( )

OUTROS:

RESPONSÁVEL DO LOCAL

CALIFÓRNIA MUDAS

PREFEITURA DE
SORRISO
CAPITAL NACIONAL DO AGRONEGÓCIO

RELATÓRIO DE SERVIÇOS PRESTADO DIÁRIO (CALIFÓRNIA MUDAS)

DATA 22/11/21

LOCAL DO SERVIÇO EXECUTADO:

PSF ROTA DO SOL

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO:

CORTE DE GRAMA (X)

LIMPEZA DE GALHOS E FOLHAS ( )

OUTROS:

Retângulo

RESPONSÁVEL DO LOCAL

CALIFÓRNIA MUDAS

PREFEITURA DE
SORRISO
CAPITAL NACIONAL DO AGRONEGÓCIO

RELATÓRIO DE SERVIÇOS PRESTADO DIÁRIO (CALIFÓRNIA MUDAS)

DATA 22/11/21

LOCAL DO SERVIÇO EXECUTADO:

PSF SANTA CLARA

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO:

CORTE DE GRAMA (✓)

LIMPEZA DE GALHOS E FOLHAS ( )

OUTROS:

_____

_____

_____

_____

P Roseli N. Silva

RESPONSÁVEL DO LOCAL

CALIFÓRNIA MUDAS

PREFEITURA DE
SORRISO
CAPITAL NACIONAL DO AGRONEGÓCIO

RELATÓRIO DE SERVIÇOS PRESTADO DIÁRIO (CALIFÓRNIA MUDAS)

DATA 8 / 11 / 21

LOCAL DO SERVIÇO EXECUTADO:

PSF São Domingos

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO:

CORTE DE GRAMA (X)

LIMPEZA DE GALHOS E FOLHAS (X)

OUTROS:

RESPONSÁVEL DO LOCAL

CALIFÓRNIA MUDAS

PREFEITURA DE SORRISO
CAPITAL NACIONAL DO AGRONEGÓCIO

RELATÓRIO DE SERVIÇOS PRESTADO DIÁRIO (CALIFÓRNIA MUDAS)

DATA 17/11/21

LOCAL DO SERVIÇO EXECUTADO:

PSF - São José

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO:

CORTE DE GRAMA (X)

LIMPEZA DE GALHOS E FOLHAS XX

OUTROS:

Shirley Espindola
RESPONSÁVEL DO LOCAL

CALIFÓRNIA MUDAS

PREFEITURA DE
SORRISO
CAPITAL NACIONAL DO AGRONEGÓCIO

RELATÓRIO DE SERVIÇOS PRESTADO DIÁRIO (CALIFÓRNIA MUDAS)

DATA 10 / 11 / 21

LOCAL DO SERVIÇO EXECUTADO:

Valter Luiz pereira

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO:

CORTE DE GRAMA (X)

LIMPEZA DE GALHOS E FOLHAS ( )

OUTROS:

Julio Zilio

RESPONSÁVEL DO LOCAL

CALIFÓRNIA MUDAS

PREFEITURA DE SORRISO
CAPITAL NACIONAL DO AGRONEGÓCIO

RELATÓRIO DE SERVIÇOS PRESTADO DIÁRIO (CALIFÓRNIA MUDAS)

DATA 11 / 11 / 21

LOCAL DO SERVIÇO EXECUTADO:

_____

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO:

CORTE DE GRAMA (X)

LIMPEZA DE GALHOS E FOLHAS (X)

OUTROS:

_____

_____

_____

_____

Edna G. Broch

RESPONSÁVEL DO LOCAL

Edena Cristina Broch
Diretora
Portaria nº 32 de 20/01/2020

CALIFÓRNIA MUDAS

PREFEITURA DE SORRISO
CAPITAL NACIONAL DO AGRONEGÓCIO

RELATÓRIO DE SERVIÇOS PRESTADO DIÁRIO (CALIFÓRNIA MUDAS)

DATA 22/11/21

LOCAL DO SERVIÇO EXECUTADO:

SECRETARIA DE AGRICULTURA E MEIO AMBIENTE

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO:

CORTE DE GRAMA (X)

LIMPEZA DE GALHOS E FOLHAS ( )

OUTROS:

CAPINA DE MATOS

Fernanda Nascimento Santos
RESPONSÁVEL DO LOCAL

CALIFÓRNIA MUDAS

PREFEITURA DE
SORRISO
CAPITAL NACIONAL DO AGRONEGÓCIO

RELATÓRIO DE SERVIÇOS PRESTADO DIÁRIO (CALIFÓRNIA MUDAS)

DATA 1 / 11 / 21

LOCAL DO SERVIÇO EXECUTADO:

SESI Bela vista

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO:

CORTE DE GRAMA (X)

LIMPEZA DE GALHOS E FOLHAS (X)

OUTROS:

Diego Cortez

RESPONSÁVEL DO LOCAL

CALIFÓRNIA MUDAS

PREFEITURA DE SORRISO
CAPITAL NACIONAL DO AGRONEGÓCIO

RELATÓRIO DE SERVIÇOS PRESTADO DIÁRIO (CALIFÓRNIA MUDAS)

DATA 27 / 10 / 21

LOCAL DO SERVIÇO EXECUTADO:

SESI Bela vista

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO:

CORTE DE GRAMA ( )

LIMPEZA DE GALHOS E FOLHAS (X)

OUTROS:

Elizabete Nunes da Silva
RESPONSÁVEL DO LOCAL

CALIFÓRNIA MUDAS

PREFEITURA DE SORRISO
CAPITAL NACIONAL DO AGRONEGÓCIO

RELATÓRIO DE SERVIÇOS PRESTADO DIÁRIO (CALIFÓRNIA MUDAS)

DATA 23 / 11 / 21

LOCAL DO SERVIÇO EXECUTADO:

USF Bela vista

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO:

CORTE DE GRAMA ( )

LIMPEZA DE GALHOS E FOLHAS (X)

OUTROS:

RESPONSÁVEL DO LOCAL

CALIFÓRNIA MUDAS

PREFEITURA DE SORRISO
CAPITAL NACIONAL DO AGRONEGÓCIO

RELATÓRIO DE SERVIÇOS PRESTADO DIÁRIO (CALIFÓRNIA MUDAS)

DATA 4 / 11 / 21

LOCAL DO SERVIÇO EXECUTADO:

USF Bela vista

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO:

CORTE DE GRAMA (X)

LIMPEZA DE GALHOS E FOLHAS (X)

OUTROS:

RESPONSÁVEL DO LOCAL

CALIFÓRNIA MUDAS

PREFEITURA DE
SORRISO
CAPITAL NACIONAL DO AGRONEGÓCIO

RELATÓRIO DE SERVIÇOS PRESTADO DIÁRIO (CALIFÓRNIA MUDAS)

DATA 04 / 11 / 22

LOCAL DO SERVIÇO EXECUTADO:

USF Jd Primavera

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO:

CORTE DE GRAMA (X)

LIMPEZA DE GALHOS E FOLHAS (X)

OUTROS:

Gracieledeles
RESPONSÁVEL DO LOCAL

PSF Nº Jardim Primavera II
SMSS Sorriso

CALIFÓRNIA MUDAS