

SENAO  
ADMITIDO

SAMUEL VOLNEI PARENTI SOARES, brasileiro, solteiro, nascido em 22/12/1999, residente e domiciliado a rua 31 de março, 411, centro, Herval D' Oeste / SC.

**-Formação Profissional**

- Ensino médio incompleto (cursando);

**Atributos**

- Facilidade em aprendizagem;
- Boa aparência e ótimo relacionamento pessoal.

**Experiência Profissional:**

**MAXXI Supermercados do Brasil LTDA**

Cargo: Jovem aprendiz

Funções Desempenhadas:

- Repositor;
- Atendimento ao público;

**Koch Hipermercado LTDA**

Cargo: Empacotador

Funções Desempenhadas

- Empacotador;
- Atendimento ao público;

**MC Donalds Itajaí**

Funções desempenhadas:

- Auxiliar de cozinha;

**Polo Wear - Balneário Camboriú Shopping.**

Funções desempenhadas :

- Estoquista ;

**Inglese pães e congelados**

Funções desempenhadas :

- Auxiliar de padaria

**Supermercados Passarela**

Funções desempenhadas :

- estoquista

**Contato Pessoal:** Cel: (049) 9.98235809

RECIBO -> FIAMA IRMÃ

**Observações:** Disponibilidade para o trabalho e vasto interesse de aprendizagem.

\* Livro em andamento

\*\* SORTEIO

\* PENSE BEM ANTES DE ESTUDO

DISPONIBILIDADE

HORÁRIO

AINDA NÃO TEM

COMP.

Intensivo Vagas

Atendimento  
Último  
Sorriso

1.300,00

SAMUEL VOLNEI PARENTI SOARES, brasileiro, solteiro, nascido em 22/12/1999, residente e domiciliado a rua 31 de março, 411, centro, Herval D' Oeste / SC.

Formação Profissional

- Ensino médio incompleto (cursando);

Atributos

- Facilidade em aprendizagem;
- Boa aparência e ótimo relacionamento pessoal.

Experiência Profissional:

MAXXI Supermercados do Brasil LTDA

Cargo: Jovem aprendiz

Funções Desempenhadas:

- Repositor;
- Atendimento ao público;

Koch Hipermercado LTDA

Cargo: Empacotador

Funções Desempenhadas

- Empacotador;
- Atendimento ao público;

MC Donalds Itajaí

Funções desempenhadas:

- Auxiliar de cozinha;

Polo Wear - Balneário Camboriú Shopping.

Funções desempenhadas :

- Estoquista;

Inglese pães e congelados

Funções desempenhadas :

- Auxiliar de padaria

Supermercados Passarela

Funções desempenhadas :

- estoquista

Contato Pessoal: Cel: (049) 9.98235809

Observações: Disponibilidade para o trabalho e vasto interesse de aprendizagem.

\* 1 ano em andamento

xx Southern

\* Pensa terminar  
Estudo

DISPONIBILIDADE

HORÁRIO

Ainda não teve

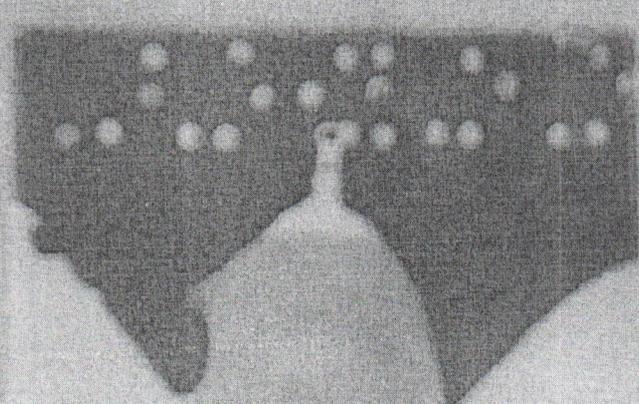
Cartão

Interesse Vagas

Interesse último

1.300,00

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



Samuel Ashby Rowland  
Sargento

CARTILHA DE IDENTIDADE Nº 111

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

DATA DE EXPEDIÇÃO 02/SET/2008

REGISTRO GERAL

6.086.468

NOME

SAMUEL VOLNEDI PARENTI SOARES

FILIAÇÃO

VOLNEDI ALMERINDO PAO SOARES  
VALETE TEREZINHA PARENTI

DATA DE NASCIMENTO

22/DEZ/1999

NATURALIDADE

CAMBÓRIO SC

DOC ORIGEM

CERT. NASC. 26672 IV 47-A PD 127  
CART. CAMPOS-BALNEÁRIO

SAMBÓRIO SC

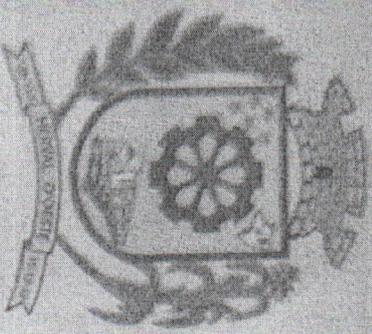
DELEGADO DE REGISTRO CIVIL

MAIR 1.940.555

BALNEÁRIO CAMBÓRIO - SC

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83



ESTADO DE SANTA CATARINA  
MUNICÍPIO DE HERVAL D'OESTE

CAMPAANHA VACINAÇÃO SARS-COV-2

Nome: Samuel Johni Favanti Soares

Data de Nascimento: 22 / 12 / 1999

1ª DOSE

Data: 01 / 09 / 2021

Laboratório: Verovovac

Lote: 210362

Vacinador: FRANCISCA

2ª DOSE

Data: 30 / 10 / 21

Laboratório: Verovovac

Lote: 210396

Vacinador: MA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



TÍTULO ELEITORAL

IDENTIFICAÇÃO BIOMÉTRICA

NOME DO ELEITOR

SAMUEL VOLNEI PARENTI SOARES

DATA DE NASCIMENTO

22/12/1999

Nº INSCRIÇÃO

0614 3427 0922

D.V.

ZONA

103

SECAO

0180

MUNICÍPIO / UF

CAMBORIÚ/SC

DATA DE EMISSÃO

10/03/2018

JUIZ ELEITORAL

VACINAS DA INFÂNCIA

DOSE	1°	2°	3°	REF
BCG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatite B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poliomielite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tetavalente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sarampo, Caxumba, Rubéola (VTV)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Difteria, Tetano, Coqueluche (DPT)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haemophilus D	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sarampo (tríplice)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Febre Amarela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**OBSERVAÇÃO:** Para sua proteção, conserve este cartão junto aos seus documentos de importância. Apresente-o antes de qualquer atendimento médico.



ESTADO DE SANTA CATARINA  
Secretaria de Estado da Saúde  
Sistema Único de Saúde - SUS

CARTÃO DE VACINAÇÃO DO ADULTO

NOME		Diana Maria R. P. Soares	
RG IN. ORGAO EMISSOR			
ENDERECO			
CIDADE		UF	TELEFONE
		DATA DE NASCIMENTO	
		02.12.19	

ADP-01687

HEPATITE B	FEBRE AMARELA	OUTRAS VACINAS	OUTRAS VACINAS	OI
<p><b>HEPATITE B (BT)</b></p> <p>Dose: / /</p> <p>Data: / /</p> <p>Lab: /</p> <p>Lote: /</p> <p>U.S.: /</p> <p>Vacinação: /</p>	<p><b>FEBRE AMARELA</b></p> <p>Dose: / /</p> <p>Data: / /</p> <p>Lab: /</p> <p>Lote: /</p> <p>U.S.: /</p> <p>Vacinação: /</p>	<p><b>OUTRAS VACINAS</b></p> <p>Vacina: / /</p> <p>Data: / /</p> <p>Lab: /</p> <p>Lote: /</p> <p>U.S.: /</p> <p>Vacinação: /</p>	<p><b>OUTRAS VACINAS</b></p> <p>Vacina: / /</p> <p>Data: / /</p> <p>Lab: /</p> <p>Lote: /</p> <p>U.S.: /</p> <p>Vacinação: /</p>	<p><b>OI</b></p> <p>Vacina: / /</p> <p>Data: / /</p> <p>Lab: /</p> <p>Lote: /</p> <p>U.S.: /</p> <p>Vacinação: /</p>
<p><b>HEPATITE B (BT)</b></p> <p>Dose: / /</p> <p>Data: / /</p> <p>Lab: /</p> <p>Lote: /</p> <p>U.S.: /</p> <p>Vacinação: /</p>	<p><b>FEBRE AMARELA</b></p> <p>Dose: / /</p> <p>Data: / /</p> <p>Lab: /</p> <p>Lote: /</p> <p>U.S.: /</p> <p>Vacinação: /</p>	<p><b>OUTRAS VACINAS</b></p> <p>Vacina: / /</p> <p>Data: / /</p> <p>Lab: /</p> <p>Lote: /</p> <p>U.S.: /</p> <p>Vacinação: /</p>	<p><b>OUTRAS VACINAS</b></p> <p>Vacina: / /</p> <p>Data: / /</p> <p>Lab: /</p> <p>Lote: /</p> <p>U.S.: /</p> <p>Vacinação: /</p>	<p><b>OI</b></p> <p>Vacina: / /</p> <p>Data: / /</p> <p>Lab: /</p> <p>Lote: /</p> <p>U.S.: /</p> <p>Vacinação: /</p>

# CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE

Cartão Provisório

**SUS** 704503327867413  
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Nome: *Bonny D. P. Soares*

Data de Nascimento: *22/12/99*

Sexo: *M.* Data: *07/02/17*

Município de residência: *Corumbá-MS*

MOD. 0081A

MINISTERIO DO TRABALHO  
E EMPREGO

CADERNA DE TRABALHO E PREVIDENCIA SOCIAL

212.82898.67-0

SC 0040 2552547

*Armando Roberto...*



# QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO

**SAMUEL VOLNEI PARENTI SOARES**

FILIAÇÃO.....: VOLNEI ALMERINDO FAO SOARES  
SALETE TEREZINHA PARENTI

NASCIMENTO.....: 22/12/1999                      SEXO: MASCULINO

ESTADO CIVIL...: SOLTEIRO

NATURALIDADE: CAMBORIÚ - SC

DOCUMENTO.....: C. I. 6086468 02/09/2008 SESP/SC

LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995

CPF.....: 093.301.499-60                      CNH.....:

TIT. ELEITOR:    SEÇÃO:    ZONA:

LOCAL/DATA DE EMISSÃO: AA BALNEÁRIO CAMBORIÚ/SC - 10/03/2014



LUIS MIGUEL VAZ VIEGAS  
Supervisor Regional do Trabalho e Emprego no Estado de Santa Catarina

ASSINATURA DO EMISSOR

Samuel Volnei Parenti soon

093.301.499-60, certain precedents

em dealigameto do empresa

02 Brasil por motivos pessoais

Amuel

25/02/20