

É obrigatório o preenchimento dos dados solicitados e das cópias relacionadas abaixo:

Empresa: DGX
 Nome do Colaborador: ADRIANA DA SILVA DOS SANTOS
 Data de Admissão: 25/10/21 Função: ASG (Aux. SERV. Gerais)
 Data do ASO admissional: _____ Salário: 1.111,75
 Outros valores adicionais: INSAUB. 222,35 VA 400, Assiduidade 57.
 Contrato de Experiência: 45+45 dias () 30+60 () 30+30 () outros: - " -
 Grau de Escolaridade: Medio
 Horário de trabalho: seg. à sexta das 10:00 até 19:00 - intervalo das 13:00 até 14:00
 Sábado das NAO até X. Carga horaria mensal: 40
 Vale-Transporte: SIM NÃO - Quantidade por dia ~ " ~
 Ajuda de Custo: SIM () NÃO - Valor: 120,00
 Cliente: MPF FLORIANOPOLIS
 Departamento: OPERACIONAL
 Centro de Custo: LIMPEZA

| | |
|----|---|
| 37 | SINTRACOM - SIND DOS TRAB NAS IND DA CONSTRUCAO E MOBIL DE LONDRINA |
| 36 | SIEMACO - SIND. DOS EMPREGADOS EM EMPRESAS DE ASSEIO E CONS. DE LONDRINA |
| 38 | SINDASSEIO - SIND EMPREGADOS DAS EMPRESAS E SERV TERC DE ASSEIO E CONSERVACAO NO RS |
| 39 | SIND ASSEIO JOACABA - SINDICATO ASSEIO E CONSERVACAO JOACABA SC |

53 SIND DAS EMPR DE ASSEIO CONS E SEU TERCER DO EST SG
 CNPJ: 78 326.469.1000-02

ANEXAR A ESTA FICHA CÓPIA DOS SEGUINTE DOCUMENTOS:

1. __ CARTEIRA DE TRABALHO;
2. __ EXAME MÉDICO ADMISSIONAL (Solicitar guia para secretária Ecol);
3. __ CÓPIA DE CPF, RG e TÍTULO DE ELEITOR;
4. __ CÓPIA DO COMPROVENTE DE RESIDÊNCIA (Água, luz ou telefone);
5. __ CÓPIA DE CERTIDÃO DE CASAMENTO (caso seja casado);
6. __ CÓPIA DE CERTIDÃO DE NASCIMENTO (caso seja solteiro);
7. __ CARTEIRA DE VACINAÇÃO;
8. __ CÓPIA DE CERTIDÃO DE NASCIMENTO E CPF (filhos menores de 14 anos);
9. __ CARTEIRA DE VACINAÇÃO DE FILHOS (menores de 14 anos ou incapazes);
10. __ DECLARAÇÃO DE MATRÍCULA DA ESCOLA (Filhos de 7 e 14 anos ou incapazes);
11. __ 2 (TRES) FOTOS 3X4 (Recente);
12. __ ABRIR CONTA CORRENTE NO ITAÚ OU TIRAR CÓPIA DO CARTÃO;
13. __ PROVIDENCIAR CARTÃO TRANSPORTE

FICHA DE ENTREVISTA

Candidato: *Cidreira - 29 anos*

Idrova - 37 anos

Cargo: *Emprego*

Data da Entrevista:

Entrevistador:

Departamento:

Escolaridade:

Situação Familiar / estado civil:

Filhos:

Habilitação:

Situação Física: (Realiza algum tratamento ou está tomando algum medicação)

QUESTÕES DA AVALIAÇÃO

Por que tem interesse nessa vaga?

Já trabalhou na área?

Comente suas experiências profissional?

Quais suas principais limitações profissionais?

Como você se imagina daqui 10 anos (Objetivos a curto e a longo prazo)?

O que mais lhe irrita no ambiente de trabalho?

Em seu último emprego quais foram suas realizações mais importantes?



ECOL Serviços Terceirizados
R. Alameda 792 - Centro - São João - Fone: (11) 3321-3740
86010-520 - Londrina-PR F: 43 3321-3745 / 43 3321-3740
atendimento@gruposcol.com.br www.gruposcol.com.br

ECOL Serviços Terceirizados
R. Carlos 192 - Vila Mariana/21 - P5026-300 - JARDIM PAH
F: 43 3321-3745 / 43 3321-3740 / 43 3321-3780
atendimento@gruposcol.com.br www.gruposcol.com.br

Nº DO PROTOCOLO (Código de recebimento)

sem ondo
ST/VT
4 anos de validade

FICHA DE CADASTRO

| | | | |
|--|-----------------------------|--|---|
| Nome Completo <i>Adriana da Silva dos Santos e Santos</i> | | Data de Nascimento <i>19/12/91</i> | Local de Nascimento <i>Serisópolis-BR</i> |
| CPF | RG | Órgão Exped. | Data de Expedição |
| Filiação (Nome da Mãe): <i>Maria do Rosário da Silva</i> | | | |
| Filiação (Nome do Pai): <i>Marcos Geraldo dos Santos</i> | | | |
| Título de Eleitor - | | Zona - Seção | Habilitação Tipo / Data de Validade |
| Número (da carteira de trabalho) | Série | Data de Emissão da Carteira - ESTADO | PIS/PASEP (Consta na Carteira de trabalho) |
| Endereço (Rua/Avenida) <i>Rua Antonio Carlos Feneira</i> | | NUMERO <i>975</i> | COMPLEMENTO |
| Bairro <i>Astronômica</i> | | CEP | |
| Cidade <i>Floresópolis</i> | | | UF |
| E-mail | | | |
| Telefone Residencial | | Celular <i>998552596</i> | Fone p/ Recados |
| Número do Sapato <i>36</i> | Número da Calça <i>P</i> | Tamanho da Camisa <i>P</i> | Fumante <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO |
| Estado Civil <i>Casada</i> | | Escolaridade <i>Ensino médio Completo</i> | |
| Nome do Cônjuge: <i>Maximiliano de Souza Santos</i> | | | |
| POSSUI CONTA BANCÁRIA NO ITAÚ SIM () | | Vale Transporte vai utilizar? | SIM |
| AGENCIA: CONTA: NÃO <input checked="" type="checkbox"/> | | | NÃO <input checked="" type="checkbox"/> |
| NOME DA EMPRESA DE ÔNIBUS: | | | |
| QUANTIDADE DE VALE TRANSPORTE POR DIA: | | VALOR: | |
| FILHOS MENORES DE 14 ANOS OU COM NECESSIDADES ESPECIAIS | | | |
| NOME COMPLETO DOS FILHOS | | | DATA DE NASCIMENTO |
| <i>Flora Silva Santos</i> | | | <i>29/08/2019</i> |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

COMO FICOU SABENDO DA EMPRESA: *Através do MPF*

ULTIMO EMREGO:

PORQUE PRECISA DO EMPREGO:

TRABALHADOR

Esta é a sua **Carteira de Trabalho - CTPS**, instituída pelo então Presidente Getúlio Vargas, por intermédio do Decreto nº. 22.035 de 29.10.1932 e posteriormente reformulada pelo Decreto-lei nº. 5.452 de 01.05.1945 que aprovou a CLT. Ela é o documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.

Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a obtenção da aposentadoria e demais benefícios Previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro desemprego e ao Fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS.

O conjunto de anotações contido neste documento e o seu estado de conservação, espelham a conduta, a qualificação e as atividades profissionais do seu portador.

Pela sua importância, é seu dever protegê-la e cuidá-la, pois além de conter o registro de sua vida Profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribui para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação.

CONFECCIONADA COM RECURSOS DO
TAT - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR.

VISITE O PORTAL MTE: www.mte.gov.br



MINISTÉRIO DO TRABALHO
E EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

PIS/PASEP

131.12005.06-5

NÚMERO

5982686

SÉRIE

0030

UF

BA

Adriana da Silva dos Santos

ASSINATURA DO TITULAR

POLEGAR DIREITO



QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO



ADRIANA DA SILVA DOS SANTOS

FILIAÇÃO.....: MARTIM GERELDO DOS SANTOS
 MARIA DE LOURDES DA SILVA
 NASCIMENTO.....: 14/12/1991
 SEXO: FEMININO
 ESTADO CIVIL.....: SOLTEIRO
 NATURALIDADE: SERRINHA - BA
 DOCUMENTO.....: C. I. 1589651910 25/08/2010 SSP BA
 LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995
 CPF.....: 057.127.195-25 CNH.....
 TIT. ELEITOR: 135145820515 SEÇÃO: 0238 ZONA: 150
 LOCAL/DATA DE EMISSÃO: GRTE/BA - 14/12/2011

Adriana da Silva
 Da Maria Lúcia Castro de Albuquerque
 Registradora em Brasília

ASSINATURA DO EMISSOR

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

FILIAÇÃO _____
 DATA DE NASC. DE _____ PARA _____
 DOCUMENTO _____
 ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR _____
 MOTIVO _____

NOME _____
 DOCUMENTO _____
 ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR _____
 MOTIVO _____

NOME _____
 DOCUMENTO _____
 ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR _____
 MOTIVO _____

NOME _____
 DOCUMENTO _____
 ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR _____
 MOTIVO _____

LEGENDA

| | | | |
|-------------------|--------------|-----------------------------------|------------------------|
| A - CASAMENTO | C - DIVÓRCIO | E - RECONHECIMENTO DE PATERNIDADE | G - DATA DE NASCIMENTO |
| B - SEP. JUDICIAL | D - ADOÇÃO | F - MUDANÇA VOLUNTÁRIA | |

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO GERAL DE PERÍCIA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO



PROIBIDO PLASTIFICAR



POLEGAR DIREITO



Adriana da Silveira dos Santos

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

TI-OMAS GREG & SONS

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 8.139.720 DATA DE EXPEDIÇÃO 24/MAI/2018

NOME ADRIANA DA SILVA DOS SANTOS E SANTOS
FILIAÇÃO MARTIM GERALDO DOS SANTOS
MARIA DE LOURDES DA SILVA

NATURALIDADE SERRINHA BA DATA DE NASCIMENTO 14/12/1991

DOC.ORIGEM CERT. CAS. 4349 LV B-8AUX. FL 223
CART. ABREU-SERRINHA BA



CPF 057.127.195-25 JOÃO MÁRCIO LOPES Perito Criminal
FLORIANÓPOLIS - SC Diretor do Instituto de Identificação - IGP/SC
ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

THOMAS GREG & SONS

REPÚBLICA FEDERAL DO BRASIL



TÍTULO ELEITORAL

NOME DO ELEITOR
ADRIANA DA SILVA DOS SANTOS.

DATA DE NASCIMENTO
14/12/1991

Nº INSCRIÇÃO
1351 4582 0515

ZONA
150

SEÇÃO
0238

MUNICÍPIO / UF
SERRINHA/BA

DATA DE EMISSÃO
26/02/2010

Oláudio Santos Pantoja Sobrinho
Juiz de Direito

VALIDO SOMENTE COM MARCAÇÃO DA COMISSÃO ELEITORAL

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

POLEGAR DIREITO

Adriano da Silva dos Santos

ASSINATURA OU IMPRESSÃO DIGITAL DO ELEITOR

VALIDO SOMENTE COM MARCA D'ÁGUA - JUSTIÇA ELEITORAL



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

NOME:
Flora Silva Santos

CPF
151.873.899-04

MATRÍCULA:
105197 01 55 2019 1 00390 131 0146402 07

DATA DE NASCIMENTO POR EXTENSO
Vinte e nove de agosto de dois mil e dezenove

DIA MÊS ANO
29 08 2019

HORA NATURALIDADE
05:12 Florianópolis/SC

MUNICÍPIO DE REGISTRO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO LOCAL, MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UF SEXO
Florianópolis/SC Hospital Regional Helmulth Nass, Biguaçu/SC Feminino

FILIAÇÃO
Maximino de Souza Santos, natural de Serrinha/BA e reside à R ANTONIO CARLOS FERREIRA, n.º 975, AGRONOMICA, Florianópolis/SC e Adriana da Silva dos Santos e Santos, natural de Serrinha/BA e reside à R ANTONIO CARLOS FERREIRA, n.º 975, AGRONOMICA, Florianópolis/SC

AVÓS
Marcelino de Souza Santos e Florentina de Souza
Martim Geraldo dos Santos e Maria de Lourdes da Silva

GÊMEO NOME E MATRÍCULA DO(S) GÊMEO(S)
Não

DATA DO REGISTRO POR EXTENSO DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO
Dois de setembro de dois mil e dezenove 30813352071

OBSERVAÇÕES
Não há.

Emolumentos Isentos.
NOME DO OFÍCIO OFÍCIO DE REG CIVIL TIT E DOCTOS
OFICIAL REGISTRADOR Iolô Luz Faria
MUNICÍPIO/COMARCA UF Florianópolis/SC
ENDEREÇO Rua Emilio Blum, 131, Bloco A, Sala 801 - Centro -
Fone (48) 3225-2470
IMPRESSO POR JANAINA

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou Fé.
Florianópolis, 02 de setembro de 2019

Angela Rosa de Oliveira
Angela Rosa de Oliveira
Escrevente

QR Code
Poder Judiciário
Estado de Santa Catarina
Selo Digital de Fiscalização
Selo Isento
FOO12510-G92F
Confira os dados do ato em
www.tjsc.jus.br/selo

ARPENBRASIL AA 013545275 BRP

IDENTIFICAÇÃO

Nome da criança: Filora Silva Santos

Data de nascimento: 29/08/19

Município de nascimento: _____

Nome da mãe: Adriana dos S. dos Santos e

Nome do pai: Santos.

Endereço: _____

Ponto de Referência: _____

_____ Telefone: _____

Bairro: _____ CEP: _____

Cidade: _____ Estado: _____

Raça/cor/etnia: () Branca () Negra () Amarela
() Parda () Indígena

Unidade Básica que frequenta: _____

Nº do Prontuário na UBS: _____

Nº da Declaração de Nascido Vivo: _____

Nº do Registro Civil de Nascimento: _____

Nº do Cartão do SUS: _____

REGISTRO DAS VACINAS DO CALENDÁRIO NACIONAL DE VACINAÇÃO – CRIANÇA

| NOME: DOSES / VACINAS | DATA DE NASCIMENTO: | Pneumocócica 10V (conjugada) | Rotavirus Humano | Meningocócica C (conjugada) |
|--|---------------------|--|--|--|
| Ao nascer BCG Data: 03/09/19 Lote: 3030 Lab. Product: F.H.I. Unidade: S. C. S. A. Nome vacinador: U.C.C. | | | | |
| 1ª dose | 05/11/19 | Data: 05/11/19 Lote: 190008 Lab. Product: S. C. S. A. Nome vacinador: S. C. S. A. | Data: 05/11/19 Lote: 190008 Lab. Product: S. C. S. A. Nome vacinador: S. C. S. A. | Data: 05/11/19 Lote: 190008 Lab. Product: S. C. S. A. Nome vacinador: S. C. S. A. |
| 2ª dose | 15/01/20 | Data: 15/01/20 Lote: 190008 Lab. Product: S. C. S. A. Nome vacinador: S. C. S. A. | Data: 15/01/20 Lote: 190008 Lab. Product: S. C. S. A. Nome vacinador: S. C. S. A. | Data: 15/01/20 Lote: 190008 Lab. Product: S. C. S. A. Nome vacinador: S. C. S. A. |
| 3ª dose | 17/03/20 | Data: 17/03/20 Lote: 190008 Lab. Product: S. C. S. A. Nome vacinador: S. C. S. A. | Data: 17/03/20 Lote: 190008 Lab. Product: S. C. S. A. Nome vacinador: S. C. S. A. | Data: 17/03/20 Lote: 190008 Lab. Product: S. C. S. A. Nome vacinador: S. C. S. A. |
| DOSES / VACINAS | | Febre amarela | Hepatite A | |
| Dose | 15/06/20 | Data: 15/06/20 Lote: 190008 Lab. Product: S. C. S. A. Nome vacinador: S. C. S. A. | Data: 15/06/20 Lote: 190008 Lab. Product: S. C. S. A. Nome vacinador: S. C. S. A. | |
| Dose | 14/12/20 | | | |
| Referivo | | | | |
| Referivo | | | | |

Nº da Agência/Conta/DAC

1575/29977-9

ta

DAC

Conta

PF

57.127.195 25

ESQUEMA BÁSICO DE VACINAÇÃO
NO PRIMEIRO ANO DE VIDA

| VACINA | PROTEÇÃO CONTRA | IDADE: Iniciar a partir de | N.º DE DOSES | INTERVALO ENTRE AS DOSES |
|----------------|-----------------------------------|----------------------------|--------------|--------------------------|
| Antipólio Oral | Poliomielite (Paralisia Infantil) | 2 meses | 3 | 2 meses |
| Triplice (DPT) | Difteria Coqueluche Tétano | 2 meses | 3 | 2 meses |
| Anti-Sarampo | Sarampo | 9 meses | 1 | - |
| B.C.G. | Tuberculose | ao nascer | 1 | - |

OBS: 1. É necessário que sejam aplicadas todas as doses recomendadas.

2. Aplicar uma dose de reforço de vacinas Antipólio e Triplice, um ano após a terceira dose.

Documento válido em todo o Território Nacional como comprovante de vacinação. Não pode ser retido. (Lei nº 6.259, de 30/10/75).



MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE SAÚDE

PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÕES

CADERNETA DE VACINAÇÕES

NOME: Adriana da S. Santos

DATA DO NASCIMENTO: 14/12/91

NOME DOS PAIS: Martins G. dos Santos

Rua de Lourdes dd Serra

ENDEREÇO: Faz. Santo - Itua

1ª e 2ª dose

CAMPANHA INFLUENZA 2017
 Local: CS Agronomica
 Data: 01/06/17
 Lab: BUTANTAN
 Lote: 971342
 Val: 01/2018
 Vacinador: *[Signature]*

| | | ESQUEMA BÁSICO NO 1º ANO DE VIDA | | | | OUTRAS |
|---------|--------------------|----------------------------------|----------------|--------------|--|---|
| DOSES | VACINAS | ANTIPÓLIO | TRÍPLICE (DPT) | ANTI-SARAMPO | B.C.G | |
| 1ª | DATA LOCAL RUBRICA | | | | | <i>[Signature]</i> |
| 2ª | DATA LOCAL RUBRICA | | | | TRIVIRAL 07/01/14 137VUROSSZ F.O. CRUZ/HPM 9 MSD | DTP 2 30104119 |
| 3ª | DATA LOCAL RUBRICA | | | | F. Amarela 18/02/14 1231FC030 I W: 03/14 Tripling / HPA MORV MSI | DT 2029 |
| REFORÇO | DATA LOCAL RUBRICA | | | | Triplíce Viral OTE: 0138M162B FIOCRUZ ta: 29/11/17 Vacinador: <i>[Signature]</i> | gripe 26.06.18 180170 But CSA Socida |



Sistema de Autenticidade
Tribunal de Justiça do Estado de Bahia
Arquivo Notarial ou do Registro
1275.4801047-2
0852183014
Consulte
www.tjba.jus.br/autenticidade

Republica Federativa do Brasil
Registro Civil das Pessoas Naturais

CERTIDÃO DE CASAMENTO
CASAMENTO RELIGIOSO COM EFEITO CIVIL

NOME
MAXIMINO DE SOUZA SANTOS
ADRIANA DA SILVA DOS SANTOS

MATRICULA
007039 01 55 2015 3 00008 223 0004349 39

NOMES COMPLETOS DE SOLTEIRO, DATAS E LOCAIS DE NASCIMENTO, NACIONALIDADE E FILIAÇÕES DOS CÔNJUGES

MAXIMINO DE SOUZA SANTOS, nascido(a) em SERRINHA-BA, nacionalidade brasileira, em vinte e dois (22) do mês de Outubro (10) do ano de um mil novecentos e oitenta e sete (1987), filho de MARCELINO DE SOUZA SANTOS e FLORENTINA DE SOUZA .
ADRIANA DA SILVA DOS SANTOS, nascido(a) em SERRINHA-BA, nacionalidade brasileira , em quatorze (14) do mês de Dezembro (12) do ano de um mil novecentos e noventa e um (1991), filha de MARTIM GERALDO DOS SANTOS e MARIA DE LOURDES DA SILVA .

DATA DE REGISTRO POR EXTENSÃO DOZE DE JUNHO DE DOIS MIL E QUINZE

| | | |
|------|-----|------|
| DATA | MES | ANO |
| 12 | 06 | 2015 |

REGIME DE BENS DO CASAMENTO
COMUNHÃO PARCIAL DE BENS

NOME QUE CADA UM DOS CÔNJUGES PASSOU A UTILIZAR (QUANDO HOUVER ALTERAÇÃO)
ADRIANA DA SILVA DOS SANTOS E SANTOS

OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES
Casamento Celebrado em: 12 de Junho de 2015.

NOME DO OFICIO: CARTÓRIO DE RCPN DE SERRINHA
OFICIAL(A) JOSÉ CARLOS ANDRADE DE ABREU
MUNICÍPIO SERRINHA-BA
ENDEREÇO RUA MACÁRIO FERREIRA, 517, FÓRUM LUIZ VIANA FILHO, CENTRO,
CEP: 48700000, Tel: (75)3261-2227

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.
SERRINHA, BA, 12 de Junho de 2015.

José Carlos Andrade de Abreu
Assinatura do Oficial(a)

José Carlos Andrade de Abreu
Oficial Designado
Cof. 800043

CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS
DE SERRINHA-BA
12 DE JUNHO DE 2015
12 MARCA DE SERRINHA-BA



54164386



CTGE FLORIANOPOLIS SC PL1

ADRIANA DA SILVA DOS SANTOS
R ANTONIO CARLOS FERREIRA, 975 CASA
AGRONOMICA
88025-210 - FLORIANOPOLIS - SC



7409036539499270000006438630040821

Vencimento: 13/08/2021

Postagem: 01/08/2021

AUTODECLARAÇÃO DE COR/RAÇA

Eu, Adriana da Silva dos Santos e Santos,
abaixo assinado, de nacionalidade Brasileira, nascido (a) em
14/12/1991, no município de Genésio,
estado BA, filho (a) de

E de Martim Geraldo dos Santos,
Estado civil casado, residente e domiciliado(a)

à Rua Antônio Carlos Feneira
Agronomia 975

CEP nº 88025-210, portador (a) da cédula de identidade

Nº 8.139.720, expedida em 24/maj/2018, órgão

Expedidor 16 P/92, CPF nº 057.127.195-25 declaro, sob

as penas da lei que sou () preto(a) pardo(a) () amarelo(a) () branco(a).
Estou ciente de que, em caso de falsidade ideológica, ficarei sujeito(a) às sanções
prescritas no Código Penal e às demais cominações legais aplicáveis.

Adriana da Silva dos Santos e Santos
Assinatura do(a) declarante

Florianópolis, 13 de outubro de 2021.