

rebatuza
de feios Davido - Asopongos

É obrigatório o preenchimento dos dados solicitados

Empresa: DGX - Fubel
 Nome do Colaborador: Roxeli Fomatti
 Cliente: Davido Asopongos
 Departamento: Operacional
 Centro de Custo: Pampas - Hospitalar
 Data de Admissão: 20/01/22 Função: ASC
 Data do ASO admissional: _____ Salário: 100
 Outros valores adicionais: VA: 450,00
 Contrato de Experiência: () 45+45 dias (X) 30+60 () 30+30
 Grau de Escolaridade: Ensino Fundamental
 Horário de trabalho: seg. á sexta das 06:30 até 12:30 - intervalo das _____ até _____
 Sábado das _____ até _____. Carga horaria mensal: 180h
 Vale-Transporte: () SIM (X) NÃO - Quantidade por dia _____
 Ajuda de Custo: () SIM (X) NÃO - Valor: 0,00

DOMINIO - OK
 GFPROS - OK
 ASO - OK
 PONTO+ - OK
 BENEFÍCIO - OK

A: mês não fazer HE = 40h - mensais.

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

ANEXAR A ESTA FICHA CÓPIA DOS DOCUMENTOS:

1. CARTEIRA DE TRABALHO;
2. EXAME MÉDICO ADMISSIONAL (Solicitar guia p
3. CÓPIA DE CPF, RG e TÍTULO DE ELEITOR; FAITA FRE
4. CÓPIA DO COMPROVENTE DE RESIDÊNCIA (Água, luz ou te
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; CAIXA (feitos) OK
13. PROVIDENCIAR CARTÃO TRANSPORTE

MINISTÉRIO DO TRABALHO
SECRETARIA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

200.67953.55-1

5540796

SÉRIE
001-0

PR

Roseli da Silva

ASSINATURA DO TITULAR

POLEGAR DIREITO



NOME: ROSELI DA SILVA

LOC. DE NASC.: CASCAVEL - PR

02/03/1956
NASCIMENTO

FILIAÇÃO: CLEUSA GONZAGA DA SILVA

DOC. APRESENTADO: RG 47146976 SESP PR

ESTADO CIVIL: SEPARADO

LENH. 049, DE 18 DE MAIO DE 1995.

CPF: 848.387.019-34

RG 47146976

LOCAL DA EMISSÃO: PREFEITURA MUNIC. ARAPONGAS

ASSINATURA DO EMISSOR

Maria Juanda Maria Silva

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
E ADMINISTRAÇÃO PENITENCIÁRIA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DO PARANÁ

RG: 4.714.697-6



POLEGAR DIREITO



Roselei Gomatti

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.714.697-6

DATA DE EXPEDIÇÃO: 04/10/2017

NOME: ROSELI FONSAATTI

FILIAÇÃO:

CLEUSA GONZAGA DA SILVA

NATURALIDADE: CASCAVEL/PR

DATA DE NASCIMENTO: 02/03/1966

DOC. ORIGEM: COMARCA=ARAPONGAS/PR, DA SEDE
C.CAS=3128, LIVRO=7B, FOLHA=192

CPF: 848.387.019-34

CURTIBA/PR

Marcus Vinicius da Costa Michelotto
MARCUS VINICIUS DA COSTA MICHELOTTO

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

É PROIBIDO PL...



REPUBLICA FEDERAL DO BRASIL

TÍTULO ELEITORAL

IDENTIFICAÇÃO BIOMÉTRICA

NOME DO ELEITOR

ROSSELLI FONSATTI

DATA DE NASCIMENTO

02/03/1966

Nº INSCRIÇÃO

0170 8396 0663

ZONA

061

SEÇÃO

0288

MUNICÍPIO / UF

ARAPONGAS/PR

JUIZ ELEITORAL

DATA DE EMISSÃO

09/04/2018

VALIDO ATÉ 31/12/2018



SANEPAR

Companhia de Saneamento do Paraná

CONTA

Endereço: Rua Engenheiros Rebouças nº 1376
 CEP 80.215-900 Curitiba - PR
 CNPJ/MF 76.484.013/0001-45
 Inscrição Estadual 101.80080-64
 Internet: www.sanepar.com.br
FONE SANEPAR: 0800 - 200 - 0115

NOME DO CLIENTE
ROSELI FONSATI

MATRÍCULA 6190

ENDEREÇO DE ABRETA
RUA L25 RESID. ARAUCARIAS

NÚMERO

Nº LADO - Nº FRENTE

CEP 85.710-060 LOCAL ARAUCARIAS

ROTEIRO DE LEITURA 343-14-05-010-18620

HIDRÔMETRO Y19FA0126243-4-1

CAT - RES - COM - IND - UTP - POP - 016 001

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA

Minimo de Amostras Exigidas

Turbidez	Cor	Cloro	Fúor	Coll. Totais
116	116	116	12	116
116	116	116		116

nições verso



PARANÁ

SPM 112825

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

www.sesa.pr.gov.br

CARTÃO DE VACINAÇÃO DO ADULTO

Nome *Paulo Roberto*

DN *02/03/66* Tipo Sanguíneo

Endereço

Município

UF Telefone

Sexo

DUPLO ADULTO (CONTRA DIFTERIA E T

VOTE

VOTE

Val:

Ass:

____/____/____

Lote:

Val:

Ass:

Val:

Ass:

____/____/____

Lote:

Val:

Ass:

Val:

Ass:

____/____/____

Lote:

Val:

Ass:

~~FEBRE AMARELA~~

Astuzomeca

18/16/21

30/15/21

Lote: 2140CPO96Z

Lote: 2180CVS263Z

Val: 10/21

Val: 02/21

Ass: Adriano

Ass: Adriano

HEPATITE B

1ª Dose

2ª Dose

3ª Dose

____/____/____

____/____/____

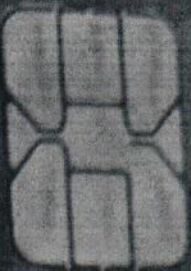
____/____/____

Lote:

Lote: _____

Lote: _____

CAIXA
POUPANÇA



4392 6718 0710 0439

4392

ROSELI DA SILVA

0380 013 00106792-2

10/24

Valid only in Brazil / Valido apenas no Brasil

VISA

Electron

CAIXA
POUPANÇA



4392 6718 0710 0439

4392

ROSELI DA SILVA

0380 013 00106792-2

10/24

Valid only in Brazil / Valido apenas no Brasil

VISA

Electron