

ANOTAÇÕES GERAIS

(Atestado médico, alteração do contrato do trabalho, registros profissionais e outras anotações autorizadas por lei)

Contratado pelo prazo de 45 dias em caráter experimental podendo esse acordo se rescindido por qualquer das partes, antes do seu término independentemente de indenização ou aviso prévio.

Joaquim Távora

19 de

Set/2012

de

2012

FRANGOS PIONEIRO INDUSTRIA E COMERCIO DE ALIMENTOS LTDA.

CONTRATO DE EXPERIÊNCIA

O presente Contrato é p.p.t. experiência pelo prazo de 45 dias, podendo ser prorrogado por mais 45 dias, nos quais as partes podem rescindir o mesmo sem aviso prévio.

Jm Távora

02/10/12

ANOTAÇÕES GERAIS

(Atestado médico, alteração do contrato do trabalho, registros profissionais e outras anotações autorizadas por lei)

Contrato a título de Experiência pelo prazo de 45 dias de 13/03/20 a 26/04/20, podendo este contrato ser rescindido por qualquer das partes, antes do seu término, mediante indenização. Podendo ser prorrogado por mais 45 dias.

Joaquim Távora / Pr. 13/03/20

Kalampa & Teixeira Ltda

FGTS - Fundo de Garantia do Tempo de Serviço
(Lei nº 5.107/66, regulamentada pelo Dec. nº 59.820/66)

OPÇÃO

RETRATAÇÃO

..... / /
Dia Mês Ano Dia Mês Ano

Banco depositário.....

Agência.....

Praça.....

Estado

Empresa

.....
Carimbo e assinatura do empregador

OPÇÃO

RETRATAÇÃO

..... / /
Dia Mês Ano Dia Mês Ano

Banco depositário.....

Agência.....

Praça.....

Estado

Empresa

.....
Carimbo e assinatura do empregador

FGTS - Fundo de Garantia do Tempo de Serviço
(Lei nº 5.107/66, regulamentada pelo Dec. nº 59.820/66)

OPÇÃO

RETRATAÇÃO

..... / /
Dia Mês Ano Dia Mês Ano

Banco depositário.....

Agência.....

Praça.....

Estado

Empresa

.....
Carimbo e assinatura do empregador

OPÇÃO

RETRATAÇÃO

..... / /
Dia Mês Ano Dia Mês Ano

Banco depositário.....

Agência.....

Praça.....

Estado

Empresa

.....
Carimbo e assinatura do empregador

ANOTAÇÕES DE FÉRIAS

Gozou férias relativas ao período de.....

de / a /

Assinatura do empregador

Gozou férias relativas ao período de.....

de / a /

Assinatura do empregador

Gozou férias relativas ao período de.....

de / a /

Assinatura do empregador

Gozou férias relativas ao período de.....

de / a /

Assinatura do empregador

Gozou férias relativas ao período de.....

de / a /

Assinatura do empregador

FGTS - Fundo de Garantia do Tempo de Serviço
(Lei nº 5.107/66, regulamentada pelo Dec. nº 59.820/66)

OPÇÃO

RETRATAÇÃO

01 / 23 / 05 / /

Dia Mês Ano Dia Mês Ano

Banco depositário.....

Agência.....

Praca.....

Empresa.....

Carimbo e assinatura do empregador

OPÇÃO

RETRATAÇÃO

..... / / /

Dia Mês Ano Dia Mês Ano

Banco depositário.....

Agência.....

Praca.....

Empresa.....

Carimbo e assinatura do empregador

ANOTAÇÕES DE FÉRIAS

Gozou férias relativas ao período de..... 2018
 de 19/08/2018 a 21/08/2018
 Assinatura do empregador

Gozou férias relativas ao período de.....
 de / a /
 Assinatura do empregador

Gozou férias relativas ao período de.....
 de / a /
 Assinatura do empregador

Gozou férias relativas ao período de.....
 de / a /
 Assinatura do empregador

Gozou férias relativas ao período de.....
 de / a /
 Assinatura do empregador

ANOTAÇÕES DE FÉRIAS

Gozou férias relativas ao período de.....
 de / a /
 Assinatura do empregador

Gozou férias relativas ao período de.....
 de / a /
 Assinatura do empregador

Gozou férias relativas ao período de.....
 de / a /
 Assinatura do empregador

Gozou férias relativas ao período de.....
 de / a /
 Assinatura do empregador

Gozou férias relativas ao período de.....
 de / a /
 Assinatura do empregador

ALTERAÇÕES DE SALÁRIO

Aumentado em / / Para Cr\$

Na função de

CBO por motivo de

Assinatura do empregador

Aumentado em / / Para Cr\$

Na função de

CBO por motivo de

Assinatura do empregador

Aumentado em / / Para Cr\$

Na função de

CBO por motivo de

Assinatura do empregador

Aumentado em / / Para Cr\$

Na função de

CBO por motivo de

Assinatura do empregador

ALTERAÇÕES DE SALÁRIO

Aumentado em / / Para Cr\$

Na função de

CBO por motivo de

Assinatura do empregador

Aumentado em / / Para Cr\$

Na função de

CBO por motivo de

Assinatura do empregador

Aumentado em / / Para Cr\$

Na função de

CBO por motivo de

Assinatura do empregador

Aumentado em / / Para Cr\$

Na função de

CBO por motivo de

Assinatura do empregador

ALTERAÇÕES DE SALÁRIO

Aumentado em / / Para Cr\$ 980,00

Na função de Serviço de limpezaCBO por motivo de reajusteAssinatura do empregador
Assinatura do empregador

Aumentado em / Para Cr\$

Na função de

CBO por motivo de

Assinatura do empregador

Aumentado em / Para Cr\$

Na função de

CBO por motivo de

Assinatura do empregador

Aumentado em / Para Cr\$

Na função de

CBO por motivo de

Assinatura do empregador

ALTERAÇÕES DE SALÁRIO

Aumentado em / / Para Cr\$

Na função de

CBO por motivo de

Assinatura do empregador

Aumentado em / / Para Cr\$

Na função de

CBO por motivo de

Assinatura do empregador

Aumentado em / / Para Cr\$

Na função de

CBO por motivo de

Assinatura do empregador

Aumentado em / / Para Cr\$

Na função de

CBO por motivo de

Assinatura do empregador

CONTRIBUIÇÃO

[illegible]

SINDICAL

Ano	Assinatura do Empregador

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador: Kalenpa e Teixeira Ltda.

CNPJ: 13.404.406/0001-81.

Endereço: Rua Tenente Ubirajara de Souza,
n.º 836 - Joaquim Távora/Paraná.

Cargo: Auxiliar de Limpeza. CBO n.º: 5143-20.

Data Admissão: 02 Março de 2020.

Registro n.º: 001. FLS/Ficha: 017.

Remuneração: R\$ 1.255,00 (Um mil duzentos
e cinquenta e cinco reais) por mês.

Antonio Carlos Kalenpa
Ass. do empregador ou a rogo c/est.

1.º 2.º
Data saída de *02 de Abril* de *192020*

Antonio Carlos Kalenpa
Ass. do empregador ou a rogo c/est.

1.º 2.º
Com. Dispensa CD N.º

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador

CGCMF

Rua N.º

Município Est.

Esp. do estabelecimento

Cargo

..... CBO n.º

Data admissão de de 19

Registro n.º Fls./Ficha

Remuneração especificada

.....
Ass. do empregador ou a rogo c/est.

1.º 2.º
Data saída de de 19

.....
Ass. do empregador ou a rogo c/est.

1.º 2.º
Com. Dispensa CD N.º

Empresa: APAE Assoc. Pais e Amigos
 Dos Excepcionais
 CNPJ: 78.247.780/0001-66
 Endereço: Rua Munhoz da Rocha, 499
 Bairro: Centro CEP 86.455-000
 Cidade Joaquim Távora Estado: PR
 Cargo: Serviços Gerais
 Data de Admissão: 04 de maio de 2015
 Remuneração: R\$ 876,00 (oitocentos e
 Setenta e seis reais) p/mês.

Ass. do empregador ou a rogo c/test.
Ass. do empregador ou a rogo c/test.
Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º *Amigos dos Excepcionais*
 Ass. do empregador ou a rogo c/test.

Data saída *27* de *Abri* de *19 2014*

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º *Amigos dos Excepcionais*
 Ass. do empregador ou a rogo c/test.

Com. Dispensa CD Nº.....

CNPJ: 10.304.480/0001-38
PRESTADORA DE SERVIÇOS NASSAR LTDA-ME
 Endereço Av Paraná nº 1090
 Município: Joaquim Távora PR
 CEP: 86.455.000
 Cargo:- Auxiliar de Limpeza CBO:- 5143-20
 Data de Admissão: 08 de Março de 2018
 Livro nº **Fts./Ficha:- 307**
 Remuneração Especificada: R\$ 5,49(Cinco Reais e
 e Quarenta e Nove Centavos) por Hora.
Ass. do empregador ou a rogo c/test.
PRESTADORA DE SERVIÇOS NASSAR LTDA-ME

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º

Data saída *28* de *março* de *19 2018*

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º

Com. Dispensa CD Nº.....

CONTRATO DE TRABALHO

78595592/0001-29

COOP. PROTEÇÃO MAT. E INFÂNCIA A.P.M.L.

Rua. Senador Souza Neves, s/n Centro Nº

Município Tavares PR

Esp. do estabelecimento Creche

Cargo Alendente de Creche

CBO nº 3211.10

Data admissão 01 de março de 19 2005

Registro nº 17

Pls. F.icha 17

Remuneração especificada 200,00

Ass. do empregado ou de seu c/est. Tereza Neves 20/1 sem

Dptº Pessoal

1º Data saída 18 de março de 19 2005

Ass. do empregado ou de seu c/est. Tereza Neves

Dptº Pessoal

1º Com. Dispensa CD Nº

Ass. do empregado ou de seu c/est. Tereza Neves

Dptº Pessoal

CONTRATO DE TRABALHO

Emp.: FRANGOS PIONEIRO IND COM DE ALIM LTDA

CNPJ: 00.974.731/0001-38

End: ROD PARIGOT DE SOUZA PR 092 KM 303

Cidade: JOAQUIM TAVORA UF: PR

Cargo: AUXILIAR DE PRODUCAO

C.B.O. nº: 7842-05 Admissão: 19/04/2012

Nº Registro: 2698

Remuneração: 761,20

Setecentos e Sessenta e Um Reais e

Vinte Centavos por mês

Remuneração especificada

FRANGOS PIONEIRO IND COM DE ALIM LTDA

1º Data saída 06 de agosto de 20 2005

Ass. do empregado ou de seu c/est. Tereza Neves

Dptº Pessoal

1º Com. Dispensa CD Nº

Ass. do empregado ou de seu c/est. Tereza Neves

Dptº Pessoal

DEPENDENTES

11

DEPENDENTES

11

DEPENDENTES

11

DEPENDENTES

11

DEPENDENTES

11

DEPENDENTES

11

DEPENDENTES

11

11

DEPENDENTES

11

DEPENDENTES

QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome

GISELE APARECIDA RIBEIRO
DA SILVA

Loc. Nasc.

Im TAUBARA PR

Est.

Data

03.09.74

Filiação

FELISBINO JOAO RIBEIRO - e
LINDAURA DE ALMEIDA RIBEIRO

Doc. nº

RG Nº 6.372.036-4- PR

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em

Doc. Ident. nº

Exp. em

Estado

Obs.

Data Emissão

26.11.92

DRT

PR

Assinatura do Funcionário

José Atanasio de Lino

Espedidor GPS

ALTERAÇÕES DE IDENTIDADE
(Com relação nome, est. civil e data nasc.)



MINISTÉRIO DO TRABALHO E DA PREVIDÊNCIA SOCIAL
SECRETARIA NACIONAL DO TRABALHO — SNT
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL



71966

UUU43-PR

Número

Série



+ *Birsa da R. Ribeiro da Silva*

ASSINATURA DO PORTADOR

Identificação do Filiado

NIT: 124.28312.14-8 **CPF:** 782.425.339-20 **Data de Nascimento:** 17/07/1968

Nome: ADENILSON APARECIDO DA SILVA

Nome da mãe: ROSA PEREIRA DA SILVA

Compet. Inicial: 06/2024

Compet. Final: 06/2024

Créditos do Benefício

NB: 640.215.456-7

Espécie: 31 - AUXÍLIO POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA PREVIDENCIÁRIO

APS: 14022050 - AGÊNCIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL JACAREZINHO

Data de Início do Benefício (DIB): 24/08/2022 **Data de Cessação do Benefício (DCB):** 31/07/2024

Data de Início do Pagamento (DIP): 24/08/2022

MR: R\$ 2.810,43

Competência	Período	Valor Líquido	Meio de Pagamento	Status	Previsão do Pagamento	Data do Pagamento	Crédito Invalidado	Isento IR
06/2024	01/06/2024 a 30/06/2024	R\$ 2.810,43	CCF - CONTA-CORRENTE		01/07/2024		Não	Sim

Banco: 341 - ITAU OP: 444395 - JOAQUIM TAVORA Ocorrência: Crédito não retornado

Data Cálculo: 09/06/2024 Origem: Maciça Validade Início: 01/07/2024 Fim: 30/08/2024

Rubrica	Descrição Rubrica	Valor
101	VALOR TOTAL DE MR DO PERIODO	R\$ 2.810,43



Você pode conferir a autenticidade do documento em
<https://meu.inss.gov.br/central/#/autenticidade>
com o código 2406170D7BTY22KULMAG75



Agrupamento Geral do Poder Executivo

2005-FUNDACAO UNIVERSIDADE DO ESTADO DE SC

Matrícula: 0607538008		Inscrição: 04609557		CPF: 088.289.379-39	
Nome: FELIPE ANTONIO RIBEIRO DA SILVA					
Lotação: CENTRO DE CIENCIAS TECNOLOGICAS CCT					
Município da lotação: JOINVILLE					
Cargo:					
Nível referência:		Regime de trabalho: ADMINISTRATIVO ESPECIAL		Categoria: ATIVO	
Referência: Agosto/2024		Data do cálculo: 20/08/2024		Data do processamento: 16/08/2024	
Tipo da folha: PESQUISADORES		Tipo do cálculo: Normal		Sequência: 1	
Folha definitiva: Não					

	Rubrica	Índice	Parcela	Valor
P	01060001 REMUNERACAO DE ESTAGIARIO	30,00		1.096,84
P	01100001 AUXILIO TRANSPORTE PECUNIA	22,00		198,00
T	09190801 DEDUCOES LEGAIS PARA IRRF			564,80
Total de proventos: 1.294,84		Total de descontos: 0,00		Total líquido: 1.294,84

DECLARAÇÃO MÉDICA

DECLARAMOS QUE O SR. ADENILSON AP DA SILVA , É PORTADOR DE CID N18.0 (INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA), SECUNDÁRIO A DIABETES MELLITUS.

EVOLUIU COM INSUFICIÊNCIA RENAL E EM 15/11/2020, FOI SUBMETIDO A UM TRANSPLANTE RENAL E ENCONTRA-SE EM ACOMPANHAMENTO MÉDICO-AMBULATORIAL SOB NOSSOS CUIDADOS.

POR FAZER USO DE IMUNOSSUPRESSORES POTENTES (TACROLIMUS, MICOFENOLATO DE SÓDIO) ,MEDICAÇÕES ESTAS QUE EVITAM A REJEIÇÃO DO ÓRGÃO TRANSPLANTADO, REALIZA EXAMES A CADA 45 DIAS E CONSULTAS TRIMESTRAIS .

ESTEVE INTERNADO NO PERÍODO DE 08/06/22 A 05/07/22, DEVIDO A QUADRO DE MENINGITE CRYPTOCÓCCICA (CID B45.1). SEGUE EM TRATAMENTO DA CRYPTOCOCOSE CEREBRAL POR PERÍODO INDETERMINADO – NA DEPENDÊNCIA DA EVOLUÇÃO DO QUADRO INFECCIOSO.

EM TRATAMENTO PARA POLINEUROPATIA, QUE LIMITAM SUA ATIVIDADE LABORATIVA.

NECESSITA SER MANTIDO AFASTADO DAS ATIVIDADES LABORATIVAS, POR TEMPO INDETERMINADO.

CID N18.0 / Z94.0/ I10/ G63.0/B45

ATT

Dra. Fabiana Loss
Nefrologia - Transplante Renal
CRM-PR 11.472

Dra. Fabiana Loss de Carvalho/ CRM-PR 11.472
Nefrologista Assistente

Campo Largo, 29/07/2024

Rua Maria Aparecida de Oliveira, 599 – São Jerônimo
Fone: (41) 3136/2515

Solicitação de Prorrogação

Requerimento: 425259344
Benefício N°: 6402154567
Data: 16/07/2024

Dados do Requerimento

NIT (PIS/PASEP):	12428312148
Nome:	ADENILSON APARECIDO DA SILVA
Endereço:	R BAROA DO RIO BRANCO, 62 CASA
Bairro:	SAO SEBASTIAO
CEP - Município - UF:	86455000 / JOAQUIM TAVORA / PR
Agência da Previdência Social:	14022050
Nome da Agência:	JACAREZINHO
Endereço da Perícia:	RUA DON FERNANDO TADDEY 1288
Bairro da Perícia:	CENTRO
Município da Perícia:	JACAREZINHO
Exame Médico-pericial agendado para:	22/08/2024 12:00

Termo de Responsabilidade

Responsabilizo-me sob as penas da lei pela veracidade das informações prestadas.

O Instituto não se responsabilizará pelo pagamento dos dias em que o segurado permanecer afastado do trabalho enquanto aguarda a realização do exame da perícia médica da Solicitação de Prorrogação, se a conclusão médica for contrária, exceto durante o período de vigência da ACP 2005.33.00.020.219-8.

____/____/____
Data

Assinatura

Observação

Quando do comparecimento para a realização do exame médico-pericial:

1. É obrigatório apresentar este requerimento, devidamente assinado e um documento de identificação Original com foto do segurado.
2. Documentação médica que disponha em relação à doença/lesão (laudos, exames, atestados, receitas, etc.).
3. Caso necessite que o atendimento seja domiciliar ou hospitalar, o representante legal do requerente deverá comparecer na unidade de atendimento selecionada, na data e hora do agendamento, munido da documentação probatória da incapacidade de locomoção do requerente e dos demais documentos de identificação.

Perícia dia
22/08/24
12:00h
no INSS de
Jacarezinho

COMPROVANTE DO PROTOCOLO DE AGENDAMENTO

Requerente

ADENILSON APARECIDO DA SILVA

Serviço

SABI - PERÍCIA MÉDICA RESOLUTIVA

O atendimento presencial será em



22 AGO
2024

QUINTA-FEIRA

Horário marcado



12:00

Unidade Responsável



AGÊNCIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL
AGÊNCIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL
JACAREZINHO



RUA DON FERNANDO TADDEY, 1288, CENTRO
JACAREZINHO/PR
CEP: 86.400-000

Dados do Requerente

CPF 782.425.339-20

NIT 124.28312.14-8

Nascimento 17/07/1968

Mãe ROSA PEREIRA DA SILVA

E-Mail Não informado

Telefone (43) 99977-6731

Celular Não informado

Campos Adicionais

NB 640.215.456-7

NR 425259344

Informações Adicionais

Favor comparecer com 15 (quinze) minutos de antecedência do horário agendado.

É obrigatória a apresentação de documento de identificação com foto.

Documentação médica que disponha em relação à doença/lesão (laudos, exames, atestados, receitas, etc.)