

ALPHA CARE SERVICOS DE ENFERMAGEM LTDA
CNPJ: 30.790.782/0001-70

CC: GERAL
Mensalista

Folha Mensal
Novembro de 2024

Código

Nome do Funcionário

CBO

Departamento

Filial

10

ADRIANO PEREIRA
SOCIO GERENTE

252105
Admissão:

1
25/11/2023

1

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
100	PRO-LABORE	220:00	1.412,00		
843	INSS EMPREGADOR	11,00		155,32	
Matrícula INSS:			Total de Vencimentos 1.412,00	Total de Descontos 155,32	
			Valor Líquido ➡	1.256,68	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálcl. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálcl. IRRF	Faixa IRRF
1.800,00	1.412,00	0,00	0,00	847,20	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ALPHA CARE SERVICOS DE ENFERMAGEM LTDA
CNPJ: 30.790.782/0001-70

CC: GERAL
Mensalista

Folha Mensal
Novembro de 2024

Código

Nome do Funcionário

CBO

Departamento

Filial

10

ADRIANO PEREIRA
SOCIO GERENTE

252105
Admissão:

1
25/11/2023

1

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
100	PRO-LABORE	220:00	1.412,00		
843	INSS EMPREGADOR	11,00		155,32	
Matrícula INSS:			Total de Vencimentos 1.412,00	Total de Descontos 155,32	
			Valor Líquido ➡	1.256,68	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.800,00	1.412,00	0,00	0,00	847,20	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ALPHA CARE SERVICOS DE ENFERMAGEM LTDA
CNPJ: 30.790.782/0001-70

CC: GERAL
Mensalista

Folha Mensal
Dezembro de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
10	ADRIANO PEREIRA SOCIO GERENTE	252105 Admissão:	1	1
			25/11/2023	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
100	PRO-LABORE	220:00	1.412,00	
843	INSS EMPREGADOR	11,00		155,32

Matrícula INSS:

Total de Vencimentos

1.412,00

Total de Descontos

155,32

Valor Líquido

⇒

1.256,68

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.800,00	1.412,00	0,00	0,00	847,20	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ALPHA CARE SERVICOS DE ENFERMAGEM LTDA
CNPJ: 30.790.782/0001-70

CC: GERAL
Mensalista

Folha Mensal
Dezembro de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
10	ADRIANO PEREIRA SOCIO GERENTE	252105 Admissão:	1	1
			25/11/2023	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
100	PRO-LABORE	220:00	1.412,00	
843	INSS EMPREGADOR	11,00		155,32

Matrícula INSS:

Total de Vencimentos

1.412,00

Total de Descontos

155,32

Valor Líquido

⇒

1.256,68

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.800,00	1.412,00	0,00	0,00	847,20	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ALPHA CARE SERVICOS DE ENFERMAGEM LTDA
CNPJ: 30.790.782/0001-70

CC: GERAL
Mensalista

Folha Mensal
Janeiro de 2025

Código

Nome do Funcionário

CBO

Departamento

Filial

10

ADRIANO PEREIRA
SOCIO GERENTE

252105
Admissão:

1
25/11/2023

1

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
100	PRO-LABORE	220:00	1.518,00		
843	INSS EMPREGADOR	11,00		166,98	
Matrícula INSS:			Total de Vencimentos 1.518,00	Total de Descontos 166,98	
			Valor Líquido ➡	1.351,02	
Salário Base 1.800,00	Sal. Contr. INSS 1.518,00	Base Cál. FGTS 0,00	F.G.T.S do Mês 0,00	Base Cál. IRRF 953,20	Faixa IRRF 0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ALPHA CARE SERVICOS DE ENFERMAGEM LTDA
CNPJ: 30.790.782/0001-70

CC: GERAL
Mensalista

Folha Mensal
Janeiro de 2025

Código

Nome do Funcionário

CBO

Departamento

Filial

10

ADRIANO PEREIRA
SOCIO GERENTE

252105
Admissão:

1
25/11/2023

1

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
100	PRO-LABORE	220:00	1.518,00		
843	INSS EMPREGADOR	11,00		166,98	
Matrícula INSS:			Total de Vencimentos 1.518,00	Total de Descontos 166,98	
			Valor Líquido ➡	1.351,02	
Salário Base 1.800,00	Sal. Contr. INSS 1.518,00	Base Cál. FGTS 0,00	F.G.T.S do Mês 0,00	Base Cál. IRRF 953,20	Faixa IRRF 0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

DECLARAÇÃO DE RENDIMENTOS

Eu, ADRIANO PEREIRA, portador da carteira de identidade nº 4.612.599, e CPF nº 069.258.089-17, acadêmico regularmente matriculado no curso de Administração Pública da Universidade do Estado de Santa Catarina, declaro sob as penas da lei e conforme estabelecido neste Edital, para comprovação do Cadastro Socioeconômico que exerço a atividade de sócio administrador na empresa Alpha Care Serviços de Enfermagem LTDA, CNPJ 30.790.782-0001-70, onde até a data de 06 de janeiro de 2025 realizava prestação de serviço terceirizado de mão-de-obra profissional de enfermagem junto ao município de Flor do Sertão - SC, recebendo uma renda mensal média de R\$ 1.250,00 nos últimos três meses, com exceção de fevereiro, onde cessou-se a obtenção de pró-labore, sendo que após o encerramento do referido contrato, a empresa administrada não se encontra exercendo nenhuma atividade.

Declaro ainda que o valor acima apresentado é verdadeiro e estou ciente de que a omissão de informações ou apresentação de dados ou documentos falsos e/ou divergentes implicam no cancelamento da inscrição/benefício. Autorizo ainda o Serviço Social e a Secretaria de Assuntos Estudantis da UDESC a averiguar a informação acima.

Data: 20/03/2025

Nome e contato trabalho anterior:

Município de Flor do Sertão – SC; Telefone (49) 3668-1000

Testemunha 01 _____
 Documento assinado digitalmente
JOSE JUNIOR CORREA DE DEUS
Data: 20/03/2025 14:03:04-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Testemunha 02 _____
 Documento assinado digitalmente
ANDRIELI PEREIRA PROVENSI
Data: 20/03/2025 14:12:28-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Declarante _____
 Documento assinado digitalmente
ADRIANO PEREIRA
Data: 20/03/2025 14:14:35-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Declaro ainda ciente da Lei Nº 2.848 de 1940 (Código Penal) em seu Artigo 301, Parágrafo 1º: “Falsificar, no todo ou em parte, atestado ou certidão, ou alterar o teor de certidão ou de atestado verdadeiro, para prova de fato ou circunstância que habilite alguém a obter cargo público, isenção de ônus ou de serviço de caráter público, ou qualquer outra vantagem: Pena - detenção, de três meses a dois anos”.



MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

SECRETARIA DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

PIS/PASEP

212.03695.40-5

NÚMERO

1305115

SÉRIE

002-0

UF

RJ

Adriano Pereira

ASSINATURA DO TITULAR

POLEGAR DIREITO



NOME: **ADRIANO PEREIRA**

LOC. DE NASC.: **SANTA CATARINA - SC**

FILIAÇÃO: **LURDES PEREIRA**

DOC. APRESENTADO: **RG 4612599 SSP SC**

CN 1621 LV A3 FLS 130 V COMARCA DE MARAVILHA SC

ESTADO CIVIL: **SOLTEIRO**

LEI Nº 049, DE 18 DE MAIO DE 1994.

RG: 4612599

CPF: 069.258.089-17

09/03/1990
NASCIMENTO

LOCAL DA EMISSÃO: **A.A. ILHA DO GOVERNADOR**

EMIÇÃO: **19/12/2006**

Livia Santos Arueira
Téc. de Lab. Regional de Identificação

19/12/2006
19.12.06 14:00

ASSINATURA DO EMISSOR

Empregador: INST DE GEST ADM E PESQ EM SAUDE IGAPS

CNPJ: 06.879.414/0001-19

End: AVENIDA DOM PEDRO II

Nº: 288

Município: SANTO ANDRÉ

Est.: SP

Esp. do Estab.:

Cargo: ENFERMEIRO(A)

CBO Nº: 223505

Data de Admissão: 01 de Junho de 2020

Registro Nº: 820

Fls./Ficha: 820

Remuneração especif.: 9,09 (NOVE REAIS E NOVE CENTAVOS)
POR HORA

Instituto de Gestão Adm.
e Pesq. em Saúde
06.879.414/0001-19

INST DE GEST ADM E PESQ EM SAUDE IGAPS

DATA DE SAÍDA DE DE

ASS. DO EMPREGADOR OU A ROGO C/TESTEMUNHA

1ª 2ª

COM. DISPENSA CD Nº

FGTS Nº DA CONTA:

CONTRATO DE TRABALHO

EMPREGADOR.....

CGC/CPF/CEI.....

ENDEREÇO.....

MUNICÍPIO.....

UF.....

ESP. DO ESTABELECIMENTO.....

CARGO.....

CBO Nº.....

DATA DE ADMISSÃO.....

DE.....

DE.....

REGISTRO Nº.....

FLS. / FICHA.....

REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA.....

ASS. DO EMPREGADOR OU A ROGO C/TESTEMUNHA

1ª.....

2ª.....

DATA DE SAÍDA.....

DE.....

DE.....

ASS. DO EMPREGADOR OU A ROGO C/TESTEMUNHA

1ª.....

2ª.....

COM. DISPENSA CD Nº.....

FGTS Nº DA CONTA: