



DEPARTAMENTO DE COORDENACAO DA URGENCIA E EMERGENC

02  
E  
20059/20

Solicitação número: 7368/2020  
Data: 27/03/2020

À Divisão Administrativa de Gestão de Documentos (SAM02.01)

Solicitação: AUTUAÇÃO DE PROCESSO ADMINISTRATIVO

Unidade solicitante: DEPARTAMENTO DE COORDENACAO DA URGENCIA E EMERGENC

Assunto: PROVIDENCIAS

Complemento solicitado: PAGAMENTO DO CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS INSTITUTO  
MEDIZIN DE SAÚDE - PROCESSO 19952/2020 - LEITOS CLÍNICOS COM  
SUPORTE RESPIRATORIO

Solicitação eletrônica efetuada por:

DéBORA FÉLIX MENEZES

Código funcional:

48218

Encaminhar para: SS12 - DEPARTAMENTO DE COORDENACAO DA URGENCIA E EMERGENC

g  
D.-x





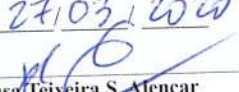
PREFEITURA DE  
**GUARULHOS**

Rubrica	Fls. 03
Classificação	Número 20059/20

(Ao) 5512

Para as devidas providencias  
DSG Divisão Administrativa de Protocolo  
Seção Administrativa de Expediente

Em 27/03/2020

  
\_\_\_\_\_  
Creusa Teixeira S. Alencar  
Chefe de Seção Administrativa

Handwritten initials and marks at the bottom right of the page.







SECRETARIA DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DA SAÚDE

Fls. <sup>1000.</sup> 14.2005/20  
Proc. Adm. 19.952/2002  
Rubrica

**CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS Nº 001102/2020-FMS**

PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 19.952/2020

CONTRATADA: INSTITUTO MEDIZIN DE SAUDE - IMEDIS

CÓDIGO: 69.220

OBJETO: Prestação de Serviços de fornecimento de leitos clínicos com suporte respiratório (leitos de oxigenoterapia), e toda estrutura necessária para seu funcionamento, como insumos e mão de obra, para utilização em estrutura conhecida como Hospital de Campanha, para prestar atendimento e cuidados às pessoas infectadas pelo Covid-19.

**1. PREÂMBULO**

- 1. PARTES - MUNICÍPIO DE GUARULHOS**, com sede à Avenida Bom Clima nº 90, Jd. Bom Clima – Guarulhos/SP, inscrito no CNPJ sob nº. 46.319.000/0001-50, a seguir denominado simplesmente **CONTRATANTE**, representado pelo **Secretário de Saúde, Sr. JOSÉ MARIO STRANGHETTI CLEMENTE**, e a empresa **INSTITUTO MEDIZIN DE SAUDE - IMEDIS** CNPJ nº 15.532.870/0001-89, estabelecida à Rodovia SP 332, Km 152 sala 3 - bairro: Jardim Blumenau – Artur Nogueira-SP – CEP 13160-000, Fone: (19) 3090-2345, e-mail: sidney@bomsamaritano.com.br, rosane@bomsamaritano.com.br, neste ato representada pelo signatário ao final identificado, a seguir denominada simplesmente **CONTRATADA**, ficando as partes subordinadas às disposições da Lei Federal nº 8.666/93, de 21 de junho de 1.993, Lei Federal nº 13.979/2020, de 06 de Fevereiro de 2.020, Medida Provisória Nº 926/2020, de 20 de março de 2.020 e condições constantes deste contrato.
- 2. FUNDAMENTO** - Este contrato decorre de autorização de autoridade competente, que se acha juntada nos autos do **Processo Administrativo nº 18.426/2020**, fundamentado no inciso IV, artigo 24, da **Lei Federal nº 8.666/93**, no artigo 4º, da **Lei Federal nº 13.979/2020** e **Medida Provisória Nº 926/2020**.

**2. DESCRIÇÃO E CONDIÇÕES**

- 1. NATUREZA DO CONTRATO** - A **CONTRATADA** obriga-se a prestar de serviço de fornecimento de leitos clínicos com suporte respiratório (leitos de oxigenoterapia), e toda estrutura necessária para seu funcionamento, como insumos e mão de obra, para utilização em estrutura conhecida como Hospital de Campanha, para prestar atendimento e cuidados às pessoas infectadas pelo Covid-19, conforme **Anexo I – Termo de Referência**.
- 2. LOCAL DE PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS** Av. Odair Santaneli – Parque CECAP, Guarulhos-SP, CEP 07190-050 na forma definida na proposta da contratada e neste contrato, correndo por conta da **CONTRATADA** todas as despesas diretas, indiretas, bem como todos os impostos e tributos que houver.
- 3. GESTÃO E FISCALIZAÇÃO**: Nos termos do Artigo 67 da Lei 8666/93, e em observância ao regulamentado pelo Decreto Municipal nº 33912, de 16 de janeiro de 2017, que estabelece as atividades e os procedimentos a serem observados pelas unidades gestoras e pelos fiscais de contratos firmados pelos órgãos da Administração Municipal Direta e Indireta, e com o fim de dar cumprimento ao quanto disposto no art. 6º, o Titular do Órgão demandante (Ordenador da Despesa) **designou** como **Gestor e Fiscal** deste contrato os servidores da **Secretaria de Saúde**. A nomeação se deu por meio de despacho exarado nos autos do Processo Administrativo em referência.

**3. PRAZOS**

- 1. PRAZO DE DURAÇÃO** - Este contrato tem vigência de **4 (quatro) meses**, contados da data de sua assinatura.

**4. VALOR, RECURSOS, CONDIÇÕES DE PAGAMENTO E REAJUSTES**

- 1. VALOR** - O valor estimado deste Contrato é de **R\$ 5.448.000,00** (Cinco milhões, quatrocentos e quarenta e oito mil reais).
- 2. RECURSOS** - A despesa onerará inicialmente as dotações abaixo codificadas:

*[Handwritten signatures and initials]*





SECRETARIA DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DA SAÚDE

Fls.  
Proc. Adm. 19.952/2020  
Rubrica

<b>DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA</b>
0791.1030200032.016.05.3000157.339039.621

3. **DA MEDIÇÃO DOS SERVIÇOS** - Após o término de cada período mensal a **CONTRATADA** elaborará relatório contendo os quantitativos totais mensais de cada um dos tipos de serviços efetivamente realizados que deverão ser entregue para o responsável pela gestão do contrato, que deverá realizar a conferência devolvendo a **CONTRATANTE** em 03 (três) dias úteis a partir da data do protocolo de recebimento, com os atestes ou devidos apontamentos;

1. As medições para efeito de pagamento serão realizadas de acordo com a Portaria nº 003/2017 de 20/01/2017, onde padroniza os procedimentos para liquidação e pagamento de despesas no âmbito da Administração Direta, da Autarquia de Direito Público do Município de Guarulhos, no que diz respeito ao:

Artigo 1º - Para liquidação e pagamento de despesas referentes à prestação de serviços contínuos com alocação de mão de obra, além dos documentos elencados no "caput" deste artigo, deverão constar os seguintes:

- Relação atualizada dos empregados vinculados à execução do contrato;
- Folha de frequência dos empregados vinculados à execução do contrato;
- Folha de pagamentos dos empregados vinculados à execução do contrato;
- Cópia do protocolo de envio de arquivos emitidos pela conectividade social (GFIP/SEFIP)
- Cópia da relação dos trabalhadores constantes do arquivo SEFIP do mês anterior ao pedido de pagamento;
- Cópia da guia quitada do FGTS correspondente ao mês anterior ao pedido de pagamento.

4. **FORMA DE PAGAMENTO** - O pagamento será efetuado pelo Órgão competente, a cada **15 (quinze) dias**, de forma **antecipada** em 50% (cinquenta por cento) do valor mensal, sendo a parcela inicial efetivada no **1º (primeiro) dia útil após a data de assinatura do contrato**. A nota fiscal/fatura de serviços, que deverá ser devidamente atestada pela unidade requisitante e vir acompanhada de relatório descrevendo os serviços executados no período cobrado, deverá ser entregue até o **10º (décimo) dia útil**, após o período de 30 dias de serviços prestados, a partir da data de assinatura do contrato.

- O pagamento será efetuado mediante crédito em conta-corrente, no Banco Bradesco S/A, indicada pela contratada.
- A Nota Fiscal deverá ser compatível com o contrato social sob pena de não efetuar o pagamento.

5. **REAJUSTAMENTO** - O(s) preço(s) expresso(s) neste contrato serão irrevogáveis.

### 5. RESPONSABILIDADES

- A **CONTRATADA** assume integral responsabilidade pelo pagamento dos encargos fiscais, comerciais, trabalhistas e outros que decorram dos compromissos assumidos neste contrato, não se obrigando o **CONTRATANTE** a fazer-lhe restituições ou reembolso de qualquer valor despendido com estes pagamentos.
- O(s) serviço(s) / fornecimento(s) deverá (ao) ser executado (s) de acordo com as especificações constantes neste contrato, no ato convocatório e na forma prevista na proposta, dentro dos prazos estabelecidos, sob pena de incorrer a **CONTRATADA**, nas sanções previstas.
- Executado o objeto contratual, será ele recebido em conformidade com as disposições contidas no Art. 73 da Lei Federal 8.666/93.

*[Handwritten signatures and initials]*



4. As responsabilidades das partes na execução deste Contrato são as comuns nele implícitas ou expressas, com base na Lei de Licitações, e aos demais instrumentos legais que regem o assunto.

### 6. SANÇÕES E RESCISÃO

1. Por descumprimento de quaisquer das cláusulas deste instrumento e pela inexecução total ou parcial do seu objeto, ficará a Contratada sujeita as sanções estipuladas nas Leis Federais nº 8.666/93, sem prejuízo das multas e das demais cominações legais, notadamente os artigos 86 e 87 da Lei Federal nº 8.666/93, indicadas a seguir:

#### 1. ADVERTÊNCIA;

#### 2. MULTAS; em cada caso, aplicar-se-á:

- a) 20% (vinte por cento) por inexecução **total** do objeto, incidente sobre o valor contratado.
- b) 20% (vinte por cento) por inexecução **parcial** do objeto, incidente sobre o valor da parcela inadimplente.
- c) 0,33% (trinta e três centésimos por cento) **por dia de atraso**, sobre o valor total contratado ou sobre a parcela inadimplente, conforme o caso.
- c.1) Os atrasos superiores a 60 (sessenta) dias serão considerados inexecução total ou parcial, conforme o caso, para efeito de aplicação de penalidade.
- d) 10% (dez por cento) sobre o valor da parcela que tenha problemas técnicos, mais multa de 0,33% (trinta e três centésimos por cento) ao dia enquanto os problemas técnicos não forem sanados, contados da data em que a Administração tiver comunicado à empresa a irregularidade.
- d.1) Os atrasos por problemas técnicos que perdurarem por mais de 10 (dez) dias, serão considerados inexecução total ou parcial, conforme o caso, para os efeitos das aplicações das penalidades.
- e) 10% (dez por cento), por descumprimento de quaisquer das obrigações decorrentes do ajuste, que não estejam previstas nos subitens acima, a qual incidirá sobre o valor do instrumento contratual.

3. **SUSPENSÃO** – Impedimento de licitar e de contratar com a Administração Pública Direta Municipal e Autárquica Municipal, pelo prazo de até **02 (dois) anos** conforme dispõe o art. 87 - III da Lei 8.666/93.

4. **DECLARAÇÃO DE INIDONEIDADE** para licitar ou contratar com a Administração Pública, respeitado o disposto no artigo 87, IV, da Lei n.º 8.666/93.

2. Será garantido ao CONTRATADO o direito de apresentação de prévia defesa, nas hipóteses em que se tiver por cabível a aplicação das penalidades, em conformidade com o disposto no artigo 87, da Lei 8.666/93, bem como, direito a interposição de recursos nos termos do Artigo 109 da mesma Lei.
3. As sanções serão aplicadas a critério da Administração. As multas referidas neste contrato não impedem a aplicação de outras sanções previstas nas Leis 8.666/93, podendo ser aplicada isoladamente ou cumulativamente.
4. O prazo para pagamento das multas será de 05 (cinco) dias úteis a contar da intimação da empresa apenada. À critério da Administração e sendo possível, o valor devido será descontado da eventual garantia prestada. Não havendo pagamento, o valor será inscrito como dívida ativa, sujeitando a devedora a processo executivo.
5. A rescisão contratual se dará nos casos elencados no artigo 78, e na forma estabelecida no artigo 79, com as consequências previstas no artigo 80, todos da lei Federal 8.666/93, sem prejuízo das sanções enumeradas no artigo 87 do mesmo diploma legal.

### 7. DISPOSIÇÕES GERAIS

1. **CONDIÇÕES INTEGRANTES** - Ficam fazendo parte integrante deste, independentemente de transcrições a respectiva proposta da CONTRATADA, essa somente naquilo em que não colidir com as disposições legais.

2. **ACRÉSCIMOS OU SUPRESSÕES** - A CONTRATADA fica obrigada a aceitar, nas mesmas condições contratuais, acréscimos ou supressões que se fizerem necessários, até o limite de 50% (cinquenta por cento) do valor inicial contratado, conforme Medida Provisória N° 926/2020.

3. **MANTENÇA DAS CONDIÇÕES HABILITATÓRIAS** - A CONTRATADA deverá manter, durante toda a execução contratual, em compatibilidade com as obrigações por ela assumidas, as condições de habilitação que lhe foram exigidas.

4. **FORO** - As partes elegem, em comum acordo, o Foro desta Comarca de Guarulhos, como seu domicílio legal, para qualquer procedimento relacionado com o cumprimento deste contrato.

Estando as partes concordes com as cláusulas transcritas no presente Contrato, assinam os representantes, em duas vias de igual teor e forma, conforme normas estabelecidas pela Legislação vigente.

Guarulhos, 27/03/20



**JOSÉ MARIO STRANGHETTI CLEMENTE**  
Secretário de Saúde



**INSTITUTO MEDIZIN DE SAUDE - IMEDIS**

Nome legível: SIDNEY STORCH DUTRA  
RG: 1.598.959  
CPF: 405.430.644-68





MINISTÉRIO DA FAZENDA  
Secretaria da Receita Federal do Brasil  
Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional

fev06  
PA 2005/12020  
f.

**CERTIDÃO POSITIVA COM EFEITOS DE NEGATIVA DE DÉBITOS RELATIVOS AOS TRIBUTOS  
FEDERAIS E À DÍVIDA ATIVA DA UNIÃO**

Nome: INSTITUTO MEDIZIN DE SAUDE - IMEDIS  
CNPJ: 15.532.870/0001-89

Ressalvado o direito de a Fazenda Nacional cobrar e inscrever quaisquer dívidas de responsabilidade do sujeito passivo acima identificado que vierem a ser apuradas, é certificado que:

1. constam débitos administrados pela Secretaria da Receita Federal do Brasil (RFB) com exigibilidade suspensa nos termos do art. 151 da Lei nº 5.172, de 25 de outubro de 1966 - Código Tributário Nacional (CTN), ou objeto de decisão judicial que determina sua desconsideração para fins de certificação da regularidade fiscal, ou ainda não vencidos; e
2. constam nos sistemas da Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional (PGFN) débitos inscritos em Dívida Ativa da União (DAU) com exigibilidade suspensa nos termos do art. 151 do CTN, ou garantidos mediante bens ou direitos, ou com embargos da Fazenda Pública em processos de execução fiscal, ou objeto de decisão judicial que determina sua desconsideração para fins de certificação da regularidade fiscal.

Conforme disposto nos arts. 205 e 206 do CTN, este documento tem os mesmos efeitos da certidão negativa.

Esta certidão é válida para o estabelecimento matriz e suas filiais e, no caso de ente federativo, para todos os órgãos e fundos públicos da administração direta a ele vinculados. Refere-se à situação do sujeito passivo no âmbito da RFB e da PGFN e abrange inclusive as contribuições sociais previstas nas alíneas 'a' a 'd' do parágrafo único do art. 11 da Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991.

A aceitação desta certidão está condicionada à verificação de sua autenticidade na Internet, nos endereços <<http://rfb.gov.br>> ou <<http://www.pgfn.gov.br>>.

Certidão emitida gratuitamente com base na Portaria Conjunta RFB/PGFN nº 1.751, de 2/10/2014.  
Emitida às 08:56:36 do dia 20/01/2020 <hora e data de Brasília>.  
Válida até 18/07/2020.

Código de controle da certidão: **8CAF.CD26.D6BF.DDA5**  
Qualquer rasura ou emenda invalidará este documento.

a

f

PA





# Confirmação de Autenticidade das Certidões

## Resultado da Confirmação de Autenticidade da Certidão

CNPJ : 15.532.870/0001-89

Data da Emissão : 20/01/2020

Hora da Emissão : 08:56:36

Código de Controle da Certidão : 8CAF.CD26.D6BF.DDA5

Tipo da Certidão : Positiva com Efeitos de Negativa

Certidão Positiva com Efeitos de Negativa emitida em 20/01/2020, com validade até 18/07/2020.

[Página Anterior](#)

a p







PODER JUDICIÁRIO  
JUSTIÇA DO TRABALHO

### CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS TRABALHISTAS

Nome: INSTITUTO MEDIZIN DE SAUDE - IMEDIS

(MATRIZ E FILIAIS) CNPJ: 15.532.870/0001-89

Certidão nº: 189007391/2019

Expedição: 12/11/2019, às 10:51:51

Validade: 09/05/2020 - 180 (cento e oitenta) dias, contados da data de sua expedição.

Certifica-se que **INSTITUTO MEDIZIN DE SAUDE - IMEDIS (MATRIZ E FILIAIS)**, inscrito(a) no CNPJ sob o nº **15.532.870/0001-89**, **NÃO CONSTA** do Banco Nacional de Devedores Trabalhistas.

Certidão emitida com base no art. 642-A da Consolidação das Leis do Trabalho, acrescentado pela Lei nº 12.440, de 7 de julho de 2011, e na Resolução Administrativa nº 1470/2011 do Tribunal Superior do Trabalho, de 24 de agosto de 2011.

Os dados constantes desta Certidão são de responsabilidade dos Tribunais do Trabalho e estão atualizados até 2 (dois) dias anteriores à data da sua expedição.

No caso de pessoa jurídica, a Certidão atesta a empresa em relação a todos os seus estabelecimentos, agências ou filiais.

A aceitação desta certidão condiciona-se à verificação de sua autenticidade no portal do Tribunal Superior do Trabalho na Internet (<http://www.tst.jus.br>).

Certidão emitida gratuitamente.

#### INFORMAÇÃO IMPORTANTE

Do Banco Nacional de Devedores Trabalhistas constam os dados necessários à identificação das pessoas naturais e jurídicas inadimplentes perante a Justiça do Trabalho quanto às obrigações estabelecidas em sentença condenatória transitada em julgado ou em acordos judiciais trabalhistas, inclusive no concernente aos recolhimentos previdenciários, a honorários, a custas, a emolumentos ou a recolhimentos determinados em lei; ou decorrentes de execução de acordos firmados perante o Ministério Público do Trabalho ou Comissão de Conciliação Prévia.





PREFEITURA DE GUARULHOS

*for 04*  
*PA 2005/2020*  
*R*

Operador: ROSANGELACMS

**NOTA DE EMPENHO**

**Número :** 6350/2020  
**Impresso em :** 27/03/2020

CREDOR	69220-INSTITUTO MEDIZIN DE SAÚDE - IMEDIS	
CNPJ / CPF	15.532.870/0001-89	
ORIGEM DO CREDITO	PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE LEITOS CLÍNICOS COM SUPORTE RESPIRATÓRIO (LEITOS DE OXIGENOTERAPIA) E TODA A ESTRUTURA NECESSÁRIA PARA SEU FUNCIONAMENTO, COMO INSUMOS E MÃO DE OBRA, PARA UTILIZAÇÃO EM ESTRUTURA CONHECIDA COMO HOSPITAL DE CAMPANHA, PARA PRESTAR ATENDIMENTO E CUIDADOS ÀS PESSOAS INFECTADAS PELO COVID-19. CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO N.º 01102/2020-FMS. VIGÊNCIA: 27/03/2020 A 27/07/2020.	
PROCESSO	19952/2020	<b>TIPO DE EMPENHO</b> Global
VÍNCULO	621-FMS FUNDO A FUNDO - BLOCO DE CUSTEIO - PORTARIA Nº 3992/2017 - MS	
FUNÇÃO	10-SAÚDE	
APLICAÇÃO	3000157-FMS FUNDO A FUNDO - BLOCO DE CUSTEIO - PORTARIA Nº 3992/2017 - MS	
SUBFUNÇÃO	302-ASSISTÊNCIA HOSPITALAR E AMBULATORIAL	
SUBELEMENTO	99-OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS -PESSOA JURÍDICA	
COND.PAGAMENTO	ANTECIPADO, A 1º PARCELA NO 1º DIA ÚTIL APÓS A ASSINATURA DO CTR. AS DEMAIS PARCELAS CADA 15 (QUINZE) DIAS	
DOTAÇÃO	0791.1030200032.016.05.3000157.339039.621	
NÚMERO DA FICHA	2889	<b>RESERVA ORÇAMENTÁRIA</b> 4295
PROJETO	CONTRATOS (EXCETO INFORMÁTICA E MANUTENÇÃO)	
FUNDO	639-FMS FUNDO A FUNDO - BLOCO DE CUSTEIO - PORTARIA Nº 3992/2017 - MS	
MODALIDADE	DISPENSA DE LICITAÇÃO	<b>NÚMERO:</b> /
CLASSE	130-FMS - MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL E HOSPITALAR - SUS	
ATUAÇÃO	65-OUTROS (SERVIÇOS DE TERCEIROS)	
VALOR DA DOTAÇÃO	135.000.000,00	
TOTAL RESERVADO	5.285.797,39	
TOTAL EMPENHADO	93.169.460,71	
VALOR DESTE	5.448.000,00	
VALOR P/ EXTENSO	CINCO MILHOES E QUATROCENTOS E QUARENTA E OITO MIL REAIS	
SALDO DA DOTAÇÃO	31.096.741,90	

**PROGRAMAÇÃO DE LIQUIDAÇÃO**

Março	1.362.000,00
Abril	1.362.000,00
Mai	1.362.000,00
Junho	1.362.000,00
<b>Total do Desembolso</b>	<b>5.448.000,00</b>

GUARULHOS,

27 de Março de 2020

CONFERIDO POR

**ROSANGELA DA CONCEIÇÃO MARQUES**

*[Handwritten marks and signatures]*





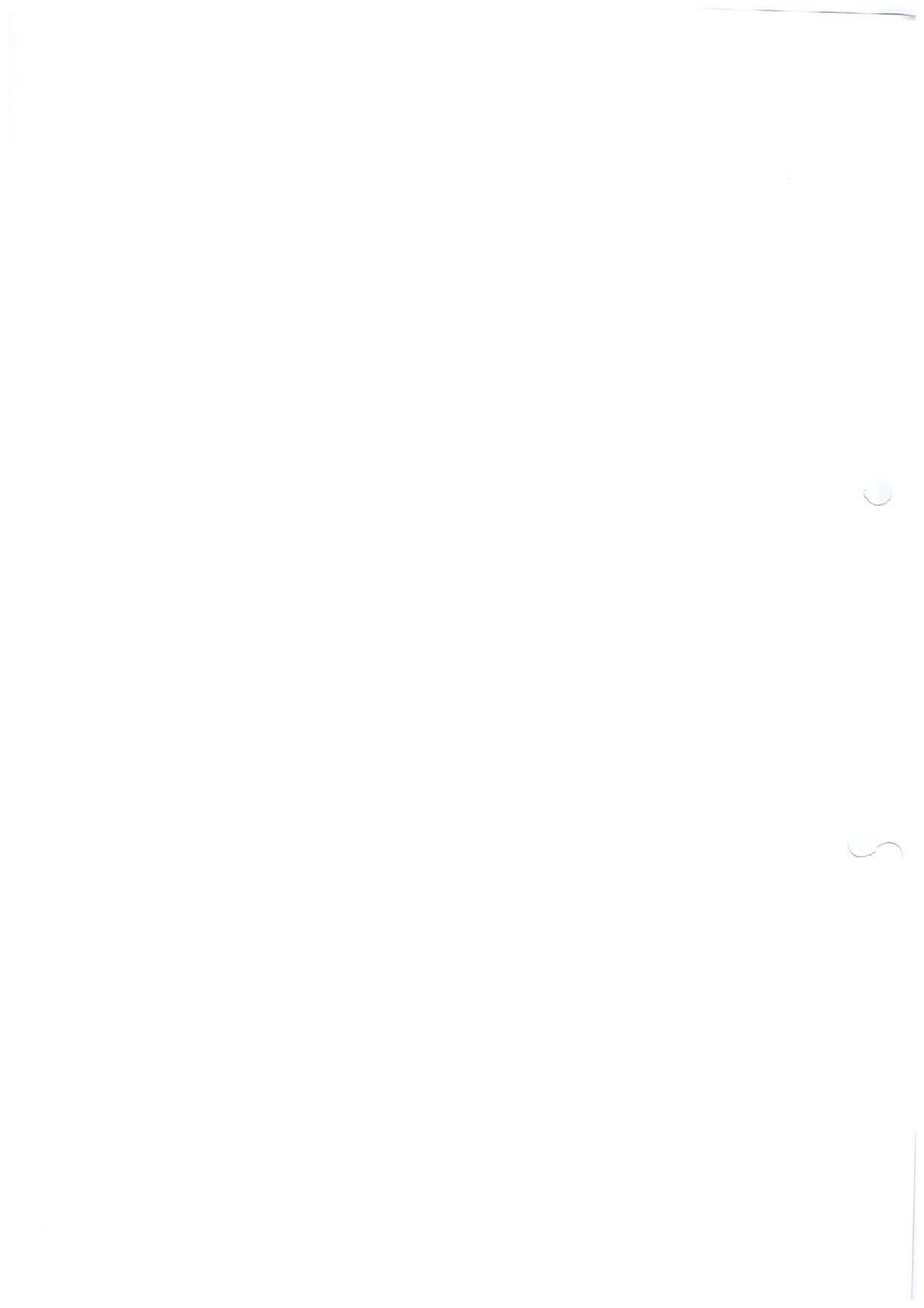
Rubrica	<i>[Handwritten Signature]</i>	Fls.	10
Classificação	PA	Número:	20059/2020

Ao  
Departamento Financeiro da Saúde – SS18

Conforme a urgência que o caso requer, solicitamos pagamento da primeira parcela, referente ao período de 27/03/2020 a 26/04/2020, conforme previsto em contrato, referente ao empenho n° 6350/2020, no valor de valor de R\$ 681.000,00 (Seiscentos oitenta e um mil reais) a favor do **INSTITUTO MEDIZIN DE SAÚDE – IMEDIS.**


Em, 27/03/2020

**Rogério Watanuki Higashi**  
Diretor do Departamento de Gestão da Infraestrutura da Saúde - SS19







Rubrica		Fls.	11
Classificação	PA	Número:	20059/2020

**Ao  
Gabinete da Secretaria de Saúde**

**Senhor Secretário**

Trata o presente do contrato de prestação de serviço com a empresa Instituto Medizin de Saúde - IMEDIS.

Considerando que não foi juntada a documentação solicitada na portaria nº 003/2017-SF, solicitamos autorização para liquidação e pagamento da 1ª parcela a favor da empresa Instituto Medizin de Saúde - IMEDIS.

Em, 27 de março de 2020.

  
**Wonderson Moreno  
Diretor do Departamento Financeiro da Saúde**

**À Divisão Téc. de Controle da Execução da Despesa e Pagamento  
- SS18.01**

Diante do acima exposto, **AUTORIZO em caráter excepcional** a liquidação e pagamento antecipado do valor de R\$ 681.000,00 (Seiscentos e oitenta e um mil reais) a favor da empresa Instituto Medizin de Saúde - IMEDIS, conforme artigo 1º, §§ 4º da Portaria 003/2017/SF.

Em, 27 de março de 2020.

  
**José Mario Stranghetti Clemente  
Secretário da Saúde**

fontaines as fly:  
12- Informac  
27/03/2020





Rubrica \_\_\_\_\_

Fls. 102

Classif. PA Nº 20059/2020

**Ao Departamento do Tesouro**

**Divisão Administrativa de Pagamento – SF05.13**

Considerando o solicitado, conforme **Nota de Empenho nº 6350/2020 no valor de R\$ 5.448.000,00** providenciamos a **Nota de Liquidação nº 10767/2020**, no valor de **R\$ 681.000,00** a favor do **INSTITUTO MEDIZIN DE SAÚDE - IMEDIS**, referente ao período de 27/03/2020 à 26/04/2020 - parcial (1ª parcela).

Informamos ainda que anexamos à contracapa deste processo administrativo nota de empenho e nota de liquidação.

Encaminhamos para fins de programação e pagamento.

Após providências, retornar a **Divisão Técnica de Controle da Execução da Despesa- SS18.01**, para regularização.

SS18.01

27/03/2020

Luana A. T. Silva  
Seção Técnica

Rosângela C. M. Santos  
Chefe de Divisão Técnica

De Acordo:

Wonderson Moreno  
Diretor DFS

30 / 03 / 2020  
Especialista  
Especialista

2 - 2020 - 03 - 13  
Encaminhado-se esta Taxa para fins de pagamento  
N.L. emittida a favor de  
Instit. Medicina Saude - Imedis  
a importância de R\$ 685.000,00  
SF 05.13.06. 30 / 03 / 2020.

A 5518-01  
Tendo sido providenciado o que nos compete, somos pelo  
envio do presente a esta unidade para demais providencias  
SF 05.13. 30 / 03 / 2020.

Especialista  
Especialista

fev 13  
PA 20059/20  
R.

Voltar

Imprimir



## Certificado de Regularidade do FGTS - CRF

**Inscrição:** 15.532.870/0001-89

**Razão Social:** INSTITUTO MEDIZIN DE SAUDE IMEDIS

**Endereço:** ROD SP 332 SN KM 152 SL J SALA 3 / JARDIM BLUMENAU / ARTUR  
NOGUEIRA / SP / 13160-000

A Caixa Econômica Federal, no uso da atribuição que lhe confere o Art. 7, da Lei 8.036, de 11 de maio de 1990, certifica que, nesta data, a empresa acima identificada encontra-se em situação regular perante o Fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS.

O presente Certificado não servirá de prova contra cobrança de quaisquer débitos referentes a contribuições e/ou encargos devidos, decorrentes das obrigações com o FGTS.

**Validade:** 02/04/2020 a 01/05/2020

**Certificação Número:** 2020040210120131670940

Informação obtida em 02/04/2020 10:18:25

A utilização deste Certificado para os fins previstos em Lei esta condicionada a verificação de autenticidade no site da Caixa:  
**www.caixa.gov.br**

R. Jh



## Situação de Regularidade do Empregador

A EMPRESA abaixo identificada está REGULAR perante o FGTS:

**Inscrição:** 15.532.870/0001-89

**Razão social:** INSTITUTO MEDIZIN DE SAUDE IMEDIS

Resultado da consulta em 02/04/2020 10:54:05

Obtenha o Certificado de Regularidade do FGTS - CRF  
Consulte o Histórico do Empregador

Voltar


O uso destas informações para os fins previstos em lei deve ser precedido de verificação de autenticidade no site da Caixa: [www.caixa.gov.br](http://www.caixa.gov.br)

*29  
JL*







Rubrica		Fls.	15
Classificação	PA	Número:	20059/2020

Ao  
Departamento Financeiro da Saúde – SS18

Anexamos ao processo Certificado de Regularidade do FGTS.

Solicitamos pagamento conforme previsto em contrato, referente ao empenho n° 6350/2020, no valor de R\$ 681.000,00 (Seiscentos e oitenta e um mil reais) a favor do **INSTITUTO MEDIZIN DE SAÚDE – IMEDIS**, referente ao (saldo) do período de 27/03/2020 a 26/04/2020.

Em, 08/04/2020



**Rogério Watanuki Higashi**  
Diretor do Depart. de Gestão da Infraestrutura da Saúde - SS19









Rubrica	<i>2</i>	Fls.	<i>16</i>
Classificação	PA	Número:	20059/2020

**Ao  
Gabinete da Secretaria de Saúde**

**Senhor Secretário**

Trata o presente do contrato de prestação de serviço com a empresa Instituto Medizin de Saúde - IMEDIS.

Considerando que não foi juntada toda documentação solicitada na portaria nº 003/2017-SF, solicitamos autorização para liquidação e pagamento do (saldo) referente ao período de 27/03/2020 a 26/04/2020, a favor da empresa Instituto Medizin de Saúde - IMEDIS.

Em, 08 de abril de 2020.

**Wonderson Moreno**  
**Diretor do Departamento Financeiro da Saúde**

**À Divisão Téc. de Controle da Execução da Despesa e Pagamento  
- SS18.01**

Diante do acima exposto, **AUTORIZO em caráter excepcional** a liquidação e pagamento antecipado do valor de R\$ 681.000,00 (Seiscentos e oitenta e um mil reais) a favor da empresa Instituto Medizin de Saúde - IMEDIS, conforme artigo 1º, §§ 4º da Portaria 003/2017/SF.

Em, 08 de abril de 2020.

**José Mario Stranghetti Clemente**  
**Secretário da Saúde**





Rubrica St · Fl.s. 17

Classif. PA Nº **20059/2020**

**Ao Departamento do Tesouro**  
**Divisão Administrativa de Pagamento – SF05.13:**

Considerando o solicitado providenciamos a **nota de Liquidação nº 11981/2020**, no valor de **R\$ 681.000,00** a favor do **Instituto Medizin de Saúde - IMEDIS**, referente ao saldo do período de 27/03/2020 à 26/04/2020.

Informamos ainda que anexamos à contracapa deste processo administrativo nota de liquidação.

Encaminhamos para fins de programação e pagamento.

Após providências, retornar a **Divisão Técnica de Controle da Execução da Despesa- SS18.01**, para regularização.

SS18.01

08/04/2020

Luana A. T. Silva  
Seção Técnica

Rosangela C. M. Santos  
Chefe de Divisão Técnica

De acordo:

Wonderson Moreno  
Diretor DFS





Rubrica _____	Fls. 18
Classificação PA	Número: 20059/2019

Ao  
Departamento de Gestão da Infraestrutura da Saúde - SS19


Após efetuado pagamento, encaminhamos o presente para conhecimento e o que mais couber.

**SS18.01, 23/04/2020**

**Rosângela C.M. Santos**  
Seção Técnica





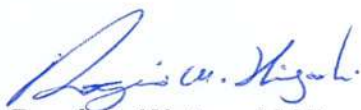
Rubrica		Fls. 19
Classificação	PA	Número: 20059/2020

**Ao**  
**Departamento Financeiro da Saúde – SS18**

Encaminhamos o presente para fins de liquidação e pagamento de 50% do período de 27/04/2020 a 26/05/2020, conforme previsto em contrato referente ao empenho nº 6350/2020, no valor de R\$ 681.000,00 (Seiscentos e oitenta e um mil reais) a favor do **INSTITUTO MEDIZIN DE SAÚDE – IMEDIS.**

Informamos ainda que não foi possível a juntada de toda documentação conforme Portaria nº 003/2017-SF, considerando que o pagamento é antecipado à execução da prestação dos serviços, os mesmos serão apresentados oportunamente.

Em, 23/04/2020




**Rogério Watanuki Higashi**  
**Diretor do Departamento de Gestão da Infraestrutura da Saúde - SS19**









Rubrica		Fls. 20
Classificação	PA	Número: 20059/2020

**Ao  
Gabinete da Secretaria de Saúde**

**Senhor Secretário**

Trata o presente do contrato de prestação de serviço com a empresa Instituto Medizin de Saúde - IMEDIS.

Considerando que não foi juntada toda documentação solicitada na portaria nº 003/2017-SF, solicitamos autorização para liquidação e pagamento de 50% do período de 27/04/2020 a 26/05/2020, a favor da empresa **Instituto Medizin de Saúde - IMEDIS.**

Em, 23 de abril de 2020.

  
**Wonderson Moreno  
Diretor do Departamento Financeiro da Saúde**

**À Divisão Téc. de Controle da Execução da Despesa e Pagamento  
- SS18.01**

Diante do acima exposto, **AUTORIZO em caráter excepcional** a liquidação e pagamento antecipado do valor de R\$ 681.000,00 (Seiscentos e oitenta e um mil reais) a favor da empresa Instituto Medizin de Saúde - IMEDIS, conforme artigo 1º, §§ 4º da Portaria 003/2017/SF.

Em, 23 de abril de 2020.

  
**José Mario Stranghetti Clemente  
Secretário da Saúde**







Rubrica

Fl.s.

20

Classif. PA Nº 20059/2020

Ao Departamento do Tesouro

Divisão Administrativa de Pagamento – SF05.13:

Considerando o solicitado providenciamos a **nota de Liquidação nº 13114/2020**, no valor de **R\$ 681.000,00** a favor do **Instituto Medizin de Saúde - IMEDIS**, referente à 50% do período de 27/04/2020 à 26/05/2020.

Informamos ainda que anexamos à contracapa deste processo administrativo nota de liquidação.

Encaminhamos para fins de programação e pagamento.

Após providências, retornar a **Departamento de Gestão da Infraestrutura da Saúde - SS19**.

SS18.01

23/04/2020

Luana A. T. Silva  
Seção Técnica


Rosângela C.M. Santos  
Chefe de Divisão Técnica

De acordo:

Wênderson Moreno  
Diretor DFS

Recibo de Tesoreria para fins de pagamento  
emitido a favor de  
N.º. Inst. Medizim de Saude - Imodis  
a importância de R\$ 683.000,00  
SF 05.13.06. 07/04/2020.

A 5519  
Tendo sido providenciado o que nos compete, somos por  
este meio do presente a esta unidade para demais providências  
SF 05.13.06. 07/04/2020.

  
Paulo Araújo Araujo  
CPF 15246

Paulo Araújo  
RFB 21 INFORMAÇÕES  
X



Rubrica ~~\_\_\_\_\_~~ Fls 21

Classificação: PA 20059/2020

**Ao  
Departamento de Coordenação da Urgência e Emergência-SS12**

Encaminhamos o presente para ciência e demais providências.

SS19, em 29 de abril de 2020.

  
**Rogério Watanuki Higashi  
Diretor de Departamento**





Reunamos fls. 22/138  
de  
información.

Claudia BU  
CBI  
20500



22  
20059/2011  
CBU



**PREFEITURA DE ARTUR NOGUEIRA SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO E FINANÇAS NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS**



Data de Emissão  
28/04/2020 15:14:16

Número da Nota  
000186

Incentivo Fiscal  
Não Optante

Código de autenticação da NFSe: buazdggwi28ss

**DADOS DO PRESTADOR DE SERVIÇOS**

CPF/CNPJ.: 15532870000189 Inscr./Munic.: 00078416  
Razão Social/Nome: INSTITUTO MEDIZIN DE SAUDE - IMEDIS (PORTE-DEMAIS)  
Endereço: ROD SP 332 Nº S/N Bairro: JARDIM BLUMENAU  
Complemento: Sala 02  
Município: Artur Nogueira U.F.: SP CEP.: 13.160-000 Tel.: (19) 3827-5232

**DADOS DO TOMADOR DO SERVIÇO**

Documento: 46.319.000/0001-50  
Inscr./Estadual:  
Razão Social/Nome: MUNICÍPIO DE GUARULHOS  
Endereço: AVENIDA BOM CLIMA Número: 0090  
Bairro: BOM CLIMA Complemento:  
CEP.: 07.196-220 Cidade: GUARULHOS / SP  
E-Mail: País: BRASIL

**LOCAL ONDE FOI REALIZADO O SERVIÇO OU SEU RESULTADO SE VERIFIQUE**

Endereço: AVENIDA BOM CLIMA Número: 90  
Bairro: BOM CLIMA Complemento:  
CEP: 07.196-220 Cidade: GUARULHOS / SP  
País: BRASIL

**DESCRIÇÃO DO SERVIÇO**

REFERENTE AO SERVIÇOS PRESTADO CONFORME CONTRATO 1102/2020 PERÍODO 27/03/20 A 26/04/20

**Atividade:** 403 - HOSPITAIS, CLÍNICAS, LABORATÓRIOS, SANATÓRIOS, MANICÔMIOS, CASAS DE SAÚDE

**Aliquota da Atividade:** 2,50%

**Valor Bruto da Nota:** R\$ 1.362.000,00

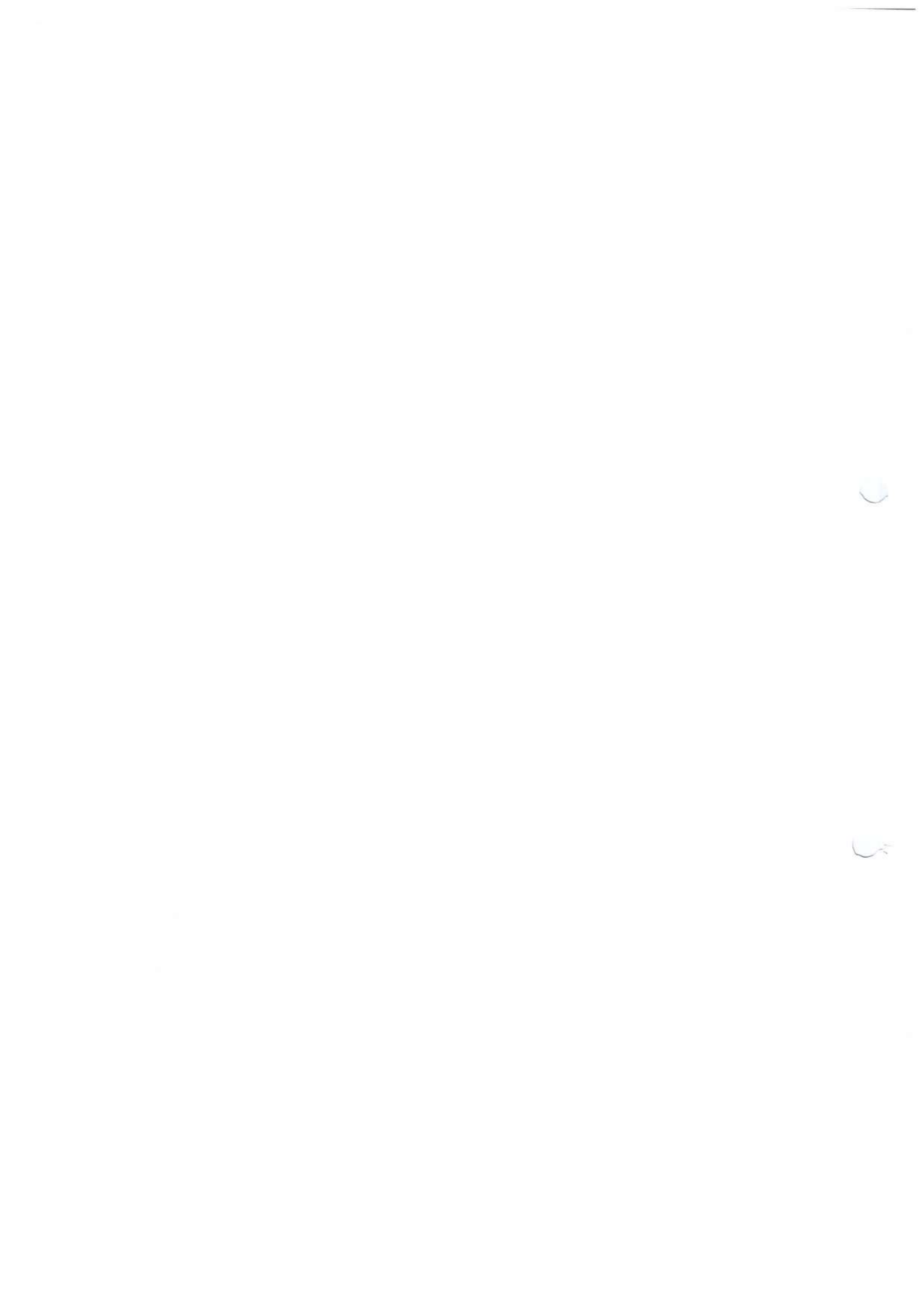
Desconto Incondicional	INSS	IRRF(R\$)	CSLL	COFINS	PIS/PASEP	Deduções Previstas em Lei	Dedução de Material	ISS Retido
R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 1.362.000,00	R\$ 0,00	( )SIM (X)NAO

**OBSERVAÇÕES**

Valor Total de Deduções	Base de Cálculo	Valor do ISS	Valor Líquido da Nota
R\$ 1.362.000,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 1.362.000,00

**OUTRAS INFORMAÇÕES**

- Nota Fiscal Eletrônica de Serviços Emitida Conforme Decreto N°027/2014.  
- Para verificar a autenticidade desta Nota Fiscal acesse: <http://www.nfearturnogueira.com.br/validacao.php>  
- Esta Nota possui: IMUNE CONFORME ARTIGO 234, ITEM III DO CTM - 255/2001 - Lei 3419 de 19/04/2019 -







## DEPARTAMENTO DE COORDENAÇÃO DA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA SS12

Visita Acompanhada por: Enfª Selma Jerônimo, COREN 70.560

**Médicos responsáveis, presentes:** Drª Liliana, Sidnei Dutra (19-99837-8111), Everton

(11-96011-6286) e Dr Bruno Ferreira (19-99129-3544).

Contrato: Período de 4 meses, início 27/3/2020 até 27/7/2020.

DATA: 17 ABRIL DE 2020. 14:40 hs

PA de acompanhamento 20896/2020, de 15/4/2020

LEITOS RESPIRATÓRIOS - PA 19952/2020			
ITENS	SIM	NÃO	OBSERVAÇÕES
Leitos oxigenoterapia 56		X	07 CAMAS NO PÁTIO CLUBE DE MÃES
Leitos oxigenoterapia 04 com respirador	X		
Laboratório (análises hemat. e Bioq)	X		
Insumos	X		
Medicamentos	X		
Profissionais habilitados e capacitados	X		
RH CONTRATUAL	VERIFIC.		OBSERVAÇÕES / Número Registro Conselho
Enfermeiro 10	3		
Técnico de Enfermagem 45	6		FOTO ESCALAS EM ANEXO
Apoio 1	1		02 NA ENTRADA DE PEDESTRES
Recepção 2	2		
Bioquímico 1	1		
Farmacêutico 12h 1	1		Francisca Francineide Ferreira CRF 36040
Fisioterapia 1	1		

RDC 63 25/11/2011. Resolução SS 002 de 06/01/2006, RDC 50, de 21 de 21/02/2002. (leitos)

Excetua-se médicos

Visita realizada pelas Fiscais:

Andreia Sperandio Durigueto , CF 40.647

Priscilla Marcelino Corrêa, CF 27.236



## DEPARTAMENTO DE COORDENAÇÃO DA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA SS12

PA 19.952-2020

DATA: 17/04/2020

HORA VISITA:

ENFERMARIA 01, 2 E 3					
14 LEITOS + 04 ISOLAMENTOS + 08 OBS FEM + 08 OBS MASC + 04 SALA VERMELHA ( 34 LEITOS)					
VERIFICAÇÕES	ENF. 1	ISOLAMENTO	ENF. 2	ENF. 3	SALA VERMELHA
HOMENS INTERNADOS	4			3	
MULHERES INTERNADAS	5		1		
ABAIXO DE 19 ANOS INTERNADAS					
<b>TOTAL DE LEITOS OCUPADOS</b>	<b>9</b>		<b>1</b>	<b>3</b>	
VERIFICAÇÕES	QUANTIDADE/ RESPOSTA	OBS.:			
MÉDICO NO SETOR	1	Dr. Roberto Dra. Bruna          MODO VENTILADOR PULMONAR			
MÉDICO	1				
ENFERMEIRO (A) NO ANDAR	3				
AE/TE.ENF NO ANDAR	6				
FISIOTERAPEUTA NO SETOR	2				
ANTIBIÓTICOS SUFICIENTE?	S				
DEMAIS MEDICAMENTOS SUFICIENTES?	S				
INSUMOS SUFICIENTES?	S				
EPIs ADEQUADOS	S				
RESPIRADOR	2				
MONITOR	5				
APARELHO ANESTESIA	2				
OBSERVAÇÕES RELEVANTES: Plantão desfalcado					

ENFERMARIA 04			
07 LEITOS + 12 LEITOS (19 LEITOS) *			
VERIFICAÇÕES	OBS. A	OBS. B (12 LEITOS)	POLTRONA
HOMENS INTERNADOS			
MULHERES INTERNADAS			
ABAIXO DE 19 ANOS INTERNADAS			
<b>TOTAL DE LEITOS OCUPADOS</b>			
VERIFICAÇÕES	QUANTIDADE/ RESPOSTA	OBS.:	
MÉDICO NO SETOR			
MÉDICO			
ENFERMEIRO (A) NO ANDAR			
AE/TE.ENF NO ANDAR			
FISIOTERAPEUTA NO SETOR			
ANTIBIÓTICOS SUFICIENTE?			
DEMAIS MEDICAMENTOS SUFICIENTES?			
INSUMOS SUFICIENTES?			
EPIs ADEQUADOS			
RESPIRADOR			
MONITOR			
APARELHO ANESTESIA			
<b>TOTAL DE LEITOS OCUPADOS</b>			
OBSERVAÇÕES RELEVANTES: * 07 CAMAS NO CLUBE DE MÃES, TOTALIZARIAM 26 LEITOS. ENCONTRA-VA-SE DESATIVA SEM ILUMINAÇÃO (19 LEITOS E 20 COLCHÕES),7 CAMAS NO CLUBE DAS MÃES DO CECAP			

Visita realizada pelos Fiscais:

Andreia Sperandio Duriguetto , CF 40.647

Priscilla Marcelino Corrêa, CF 27.236



24  
20059/2020  
CBU

**SECRETARIA DE OBRAS**

**PORTARIA Nº 022/2020- SO**

Considerando o disposto no Decreto Municipal nº 33912, de 16 de janeiro de 2017, que estabelece as atividades e os procedimentos a serem observados pelas unidades gestoras e pelos fiscais de contratos firmados pelos órgãos da Administração Municipal Direta e Indireta, e com o fim de dar cumprimento ao quanto disposto no art. 6º, o Secretário Engº Marco Antonio Guimarães, no uso de suas atribuições legais, e no âmbito desta Secretaria de Obras,

**RESOLVE:**

Art. 1º - Designar os servidores, como gestores e fiscais responsáveis pelo acompanhamento, fiscalização, avaliação e ateste da execução do seguinte: Autorização de Fomento/Execução de Serviços pertencente a esta Pasta, conforme planilha anexa.

CONTRATO DE FORNECIMENTO	PA	EMPRESAS	OBJETO	GESTOR	FISCAL
1 023501/2020	52.413/2018	HÉSE EMPREENDIMENTOS E GERENCIAMENTO LTDA	Contratação de empresa para execução de obras de recuperação asfáltica e recomposição de guias, sarjetas e passeio em concreto na Rua Silvio Mattoso, no trecho entre a Av. Venturosa e Av. José Miguel Hackel - Cumbica - Guarulhos - São Paulo	Gestor: Marta Ap da Silva Nunes - CF 55.468	Fiscal: Jean José Venâncio da Silva - CF 54.150 Suplente: Eustáquio de Almeida - CF 53.144
2 023401/2020	37.618/2019	GIESTEVALLE PAVIMENTAÇÕES E CONSTRUÇÕES LTDA	Contratação de empresa para prestação de serviços de execução de obras de recuperação de pavimento, recomposição de guias, sarjetas e passeio de concreto na Avenida Capitão Aviador Walter Ribeiro no trecho entre a Avenida Monteiro Lobato e Avenida Sargento da Aeronautica Damião L. Vasconcelos - Jardim Cumbica - Guarulhos - São Paulo	Gestor: Marta Ap da Silva Nunes - CF 55.468	Fiscal: Jean José Venâncio da Silva - CF 54.150 Suplente: Tito Livio B. Chagas - CF 58.585
3 022901/2020	29.233/2019	COPAV CONSTRUTORA E PAVIMENTADORA LTDA.	Contratação de empresa para execução de obras de pavimentação asfáltica, drenagem, guias, sarjetas, passeio em concreto e acessibilidade na Estrada do Morro Grande, trecho entre a Rua Flor de Lotus e Rua Piquen - Bairro Água Azul - Guarulhos/SP	Gestor: Osvaldo Padilha Junior - CF 67002	Fiscal: Eustáquio de Almeida - CF 53144 Suplente: Tito Livio B. Chagas - CF 58.585

I- Os gestores e fiscais ora indicados, deverão atender as disposições constantes dos Decretos nº. 33912 de 16 de janeiro de 2017, e nº. 33.703 de 29 de setembro de 2016, bem como as demais condições estabelecidas nos respectivos Processos, Contratos e/ou Convênios;

II- Os membros ora nomeados desempenharão as funções sem prejuízo de suas atividades funcionais.

Art. 2º - Esta Portaria entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

**SECRETARIA DE SERVIÇOS PÚBLICOS**

**PORTARIA nº 011/2020 - GS**

**RODNEY OTÁVIO MINELLI**, Secretário de Serviços Públicos, no uso de suas atribuições legais, que lhe confere a alínea C do inciso II do artigo 206 da Lei Municipal n. 7550/2019,

**RESOLVE:**

Artigo 1º - Fica expressamente revogada a portaria nº 009/2020-GS, em virtude dos decretos nº 36711 de 16/03/2020, 36723 de 17/03/2020, 36724 de 18/03/2020, 36725 de 18/03/2020, 36726 de 19/03/2020, 36745 de 20/03/2020, 36753 de 20/03/2020 e 36757 de 23/03/2020, editados pelo Governo Municipal, que tratam das medidas a serem tomadas com relação ao COVID-19.

Artigo 2º - Esta portaria entrará em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário.

**SECRETARIA DE MEIO AMBIENTE**

**PORTARIA nº 03/2020**

A Sra. Secretária de Meio Ambiente, Regina Flavia Latini Piuosso, no uso das atribuições legais previstas no artigo 69 da Lei Orgânica do Município e, considerando as disposições do Decreto Municipal nº 34.633/2017 que dispõe sobre os critérios e procedimentos de compensação ambiental pelo manejo de espécies arbóreas por poda, corte, transplante ou qualquer outra intervenção ao meio ambiente, disciplina as infrações ambientais e sanções administrativas pelo não atendimento do presente instrumento, e dá outras providências, resolve:

Art. 1º Determinar, a partir da data de publicação, que todas as autorizações de supressão e remoção de indivíduos arbóreos emitidas pelo Departamento de Gestão e Implantação de Áreas de Lazer e Parques Urbanos, deverão ser seguidas da obrigação da devida compensação, cujo termo de compromisso ambiental deverá ser formalizado por este Gabinete e, cujos insumos serão revertidos diretamente àquele Departamento, objetivando a melhoria de equipamentos e serviços.

Parágrafo único. Para tanto, todas as autorizações deverão ser autuadas em processo administrativo específico e, após emitidas, já com a informação da necessidade de compensação, deverão ser encaminhadas ao Gabinete para as providências apontadas.

Art. 2º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

**SECRETARIA DA SAÚDE**

**PORTARIA Nº. 072/2020-SS**

O SECRETÁRIO DA SAÚDE DA PREFEITURA MUNICIPAL DE GUARULHOS, **JOSÉ MARIO STRANGHETTI CLEMENTE**, no uso de suas atribuições legais e considerando a Portaria de Consolidação MS-GM nº 1/2017, que dispõe sobre a Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde, em seu artigo 369, III (Capítulo IV, Seção I) e, considerando o Memorando nº 032/2020-SS01.14,

**RESOLVE:**

Art. 1º - Delegar a competência para assinatura das Fichas Cadastrais dos Estabelecimentos de Saúde (FCEs) municipais aos servidores conforme segue:

**Rodrigo Almeida de Araujo** - CF 48.680 - Chefe de Divisão Técnica

**Barbara Ribeiro da Silva Guardão** - CF 63.587 - Chefe de Seção Técnica

Art. 2º - Esta Portaria entrará em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário.

**PORTARIA Nº 74/2020-SS**

O Senhor SECRETÁRIO DA SAÚDE DA PREFEITURA MUNICIPAL DE GUARULHOS, **JOSÉ MARIO STRANGHETTI CLEMENTE**, no uso de suas atribuições legais, e em cumprimento ao disposto no Art. 5º, Inciso I, da Portaria nº 001/2013-SS de 04 de janeiro de 2013 e considerando a Portaria nº 188/GM/MS, de 4 de fevereiro de 2020, que Declara Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN), em decorrência da Infecção Humana pelo Novo Coronavírus.

**RESOLVE:**

1. RETIFICAR o prazo para o preenchimento da Declaração de Vínculos, devendo ser realizada até 30/06/2020;

1.1 O formulário permanecerá disponível para preenchimento no endereço eletrônico <http://portal.doservidor.guarulhos.sp.gov.br>, inserir login e senha, e acessar por meio da guia de serviços link "Secretaria da Saúde - Declaração de Vínculos".

2. RETIFICAR o art. 7º da Portaria nº 001/2013 de 04 de Janeiro de 2013, para constar conforme segue: Art. 7º Ao servidor enquadrado nos Artigos 5º e 6º que não regularizar sua situação funcional, será aplicada penalidade de advertência ou repreensão, registrada em prontuário.

3. Esta portaria entra em vigor na data de sua publicação.

**PORTARIA Nº 075/2020-SS**

O SECRETÁRIO DA SAÚDE DA PREFEITURA MUNICIPAL DE GUARULHOS, **JOSÉ MARIO STRANGHETTI CLEMENTE**, no uso de suas atribuições legais, considerando o contido no Decreto Municipal nº 33912, de 16 de janeiro de 2017, que estabelece as atividades e os procedimentos a serem observados pelas unidades gestoras e pelos fiscais de contratos firmados pelos órgãos da Administração Municipal Direta e Indireta, e com o fim de dar cumprimento quanto ao disposto no artigo 6º, considerando o que consta no Memorando nº 674/2020 - SS21.03

**RESOLVE:**

Art. 1º - Designar os servidores abaixo relacionados como gestores e fiscais, responsáveis pelo acompanhamento, fiscalização, avaliação e ateste da execução de todos os Contratos e Atas de Registros de Preços originados e de competência da Divisão Técnica de Gestão e Planejamento de Medicamentos e Insumos.

**GESTORES**

**SERVIDORES**

	C.F.	CPF
RITA ELISA FERNANDES P NOVAES	48.069	20267153864
LARISSA SALIM SANCHES	59.340	36418908880
PATRICIA LIQUIERI	55.600	22957096870

**FISCAIS**

	C.F.	CPF
ADILSON ROBERTO ESTEVES	18.167	24932770820
ANDREWS GOMES DE SOUZA	54.508	37125997813
BRUNO RODRIGUES DE SOUZA	47.299	34456093811
LUIZ ANTONIO BORGHESE JUNIOR	40.812	26134021840
PAULO ROBERTO C. DA SILVA	51.921	15383597824
WESLEY ALAN NAVARRO	63.555	35062987806

Art. 2º - Esta Portaria terá validade de 01 (um) ano a contar da data de publicação, revogando-se as disposições da Portaria nº 068/2020-SS.

**PORTARIA nº 077/2020-SS**

O SECRETÁRIO DA SAÚDE DA PREFEITURA MUNICIPAL DE GUARULHOS, **JOSÉ MÁRIO STRANGHETTI CLEMENTE**, no uso de suas atribuições legais, considerando o contido no Decreto Municipal nº 33912, de 16 de janeiro de 2017, que dispõe sobre as atividades e os procedimentos a serem observados pelos órgãos gestores e pelos fiscais de contratos firmados pelos órgãos da Administração Municipal Direta, Indireta, bem como a forma de recebimento dos objetos contratuais, e com a finalidade de dar cumprimento as determinações nele constantes e ainda, considerando o que consta no Memorando nº 18/2020-SS19

**RESOLVE:**

Art. 1º - Designar os servidores responsáveis pela gestão e fiscalização dos contratos desta Pasta.

CF Nº	PA	EMPRESA	OBJETO	GESTOR	FISCAL
602/2020 FMS	18.426/20	INSTITUTO MEDICINA DE SAÚDE - MEDIS	PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE INSTALAÇÃO DE ESTRUTURA, COMIÇO DE OBRA QUALIFICADA PARA REALIZAR ATENDIMENTO, IDENTIFICAÇÃO E TRIAGEM DE PESSOAS DE CASOS SUSPEITOS DE INFECÇÃO PELO COVID-19	TITULAR: ROGERIO WATANUKI HIGASHI - CF 58.128 SUPLENTE: CAIO PLACA DE MEDEIROS - CF 30.539	GISELLE BARTELOTTI NUNES - CF 57.245 ANDREA SPERANDIO DURIGLIETTO - CF 40.647 FRISCELLA MARCELINO CORREIA - CF 27.236 DEBORA CEZARIO - CF 18.258 VIVIANE HADDAD SILVA HIGUCHI - CF 18.570 RAPHAEL SEBASTIAN DE SOUZA PINTO - CF 35.751 SUELLEN SANTOS MENDES - CF 372.19 TIAGO ESTEVANI DE OLIVEIRA - CF 60.677 SILVIA MARIA R GONCALVES FUENTES - CF 57.309 DEBORA FELIX MENDES - CF 48.218 MAGDA CARVALHO DE OLIVEIRA - CF 31.264 LUIZ FERNANDO RIBEIRO DE CASTRO - CF 68.466

CF Nº	PA	EMPRESA	OBJETO	GESTOR	FISCAL
702/2020 FMS	18.734/20	VIA CARE CLINICA MEDICA LTDA.	PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE LOCAÇÃO DE UNIDADES MÓVEIS ITNERANTE, CONSISTENTE EM CARRETA E ÔNIBUS, ADAPTADOS COM CONSULTÓRIOS MÉDICOS, EQUIPAMENTOS E ESTRUTURA PARA PRESTAR ATENDIMENTO E TRIAGEM DE PESSOAS SUSPEITAS DE CONTAMINAÇÃO PELO COVID-19	TITULAR: ROGERIO WATANUKI HIGASHI - CF 58.128 SUPLENTE: CAIO PLACA DE MEDEIROS - CF 30.539	GISELLE BARTELOTTI NUNES - CF 57.245 ANDREA SPERANDIO DURIGLIETTO - CF 40.647 FRISCELLA MARCELINO CORREIA - CF 27.236 DEBORA CEZARIO - CF 18.258 VIVIANE HADDAD SILVA HIGUCHI - CF 18.570 RAPHAEL SEBASTIAN DE SOUZA PINTO - CF 35.751 SUELLEN SANTOS MENDES - CF 372.19 TIAGO ESTEVANI DE OLIVEIRA - CF 60.677 SILVIA MARIA R GONCALVES FUENTES - CF 57.309 DEBORA FELIX MENDES - CF 48.218 MAGDA CARVALHO DE OLIVEIRA - CF 31.264 LUIZ FERNANDO RIBEIRO DE CASTRO - CF 68.466

CF Nº	PA	EMPRESA	OBJETO	GESTOR	FISCAL
1100/2020 FMS	18.950/20	INSTITUTO MEDICINA DE SAÚDE - MEDIS	PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE FORNECIMENTO DE LEITOS CLÍNICOS COM SUPORTE RESPIRATORIO (LEITOS DE OXIGENOTERAPIA) E TODA ESTRUTURA NECESSÁRIA PARA SEU FUNCIONAMENTO, COMO INSUMOS E MÃO DE OBRA, PARA UTILIZAÇÃO EM ESTRUTURA CONHECIDA COMO HOSPITAL DE CAMPANHA, PARA PRESTAR ATENDIMENTO E CUIDADOS AS PESSOAS INFECTADAS PELO COVID-19	TITULAR: ROGERIO WATANUKI HIGASHI - CF 58.128 SUPLENTE: CAIO PLACA DE MEDEIROS - CF 30.539	GISELLE BARTELOTTI NUNES - CF 57.245 ANDREA SPERANDIO DURIGLIETTO - CF 40.647 FRISCELLA MARCELINO CORREIA - CF 27.236 DEBORA CEZARIO - CF 18.258 VIVIANE HADDAD SILVA HIGUCHI - CF 18.570

*[Handwritten signature]*



CF Nº	PA	EMPRESA	OBJETO	GESTOR	FISCAL
802.000	FMS	19.371.00	INSTITUTO MEDIZIN DE SAUDE - IMEDIS	ROGERIO ANTONIO HEDSMI - CF 59.128	GISELE BARTELOTTI LUNES - CF 57.245
			PRESTACAO DE SERVICOS DE FORNECIMENTO DE ESTRUTURA EM EL HOSPITAL DE CAMPANHA, POSSUINDO TOILETS DE URGENCIA, COM MONITORAMENTO, APOIO RESPIRATORIO E INFRAESTRUTURA NECESSARIA PARA SEU FUNCIONAMENTO COMO UNIDADES, E MÃO DE OBRA CAPACITADA, EXCETUANDO SE MEDICOS PARA ATENDIMENTO E CUIDADOS AS PESSOAS INFECTADAS PELO COVID 19	SUPLENTE CAIO PLACA DE MEDEIROS - CF 30.539	ANDREA SPERANDIO DURIGUETTO - CF 40.647 PRISCILA MARCELINO OLIVEIRA - CF 21.206 DEBORA DELZARIO - CF 19.229 VIVIANE HODDAD SILVA HIGUCHI - CF 18.570 RAPHAEL SEBASTIAO DE SOUZA PINTO - CF 35.751 SUELLEN SANTOS MENDES - CF 27.110 TRAGÔS HEVAM DE OLIVEIRA - CF 66.673 SILVIA MARIA R. GONÇALVES FLENTES - CF 37.901 DEBORA FÉLIX MEDEIROS - CF 48.218 MAGDA CARVALHO DE OLIVEIRA - CF 31.264 LUIZ FERNANDO RIBEIRO DE CASTRO - CF 66.495

I - Os servidores designados desempenharão as funções sem prejuízo de suas atividades funcionais.  
**Art. 2º** - Esta Portaria entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.  
**PORTARIA Nº. 078/2020-SS**

O SECRETÁRIO DA SAÚDE DA PREFEITURA MUNICIPAL DE GUARULHOS, JOSÉ MARIO STRANGHETTI CLEMENTE, no uso de suas atribuições legais e

Considerando o contido no Decreto Municipal nº 33912, de 16 de janeiro de 2017, que dispõe sobre as atividades e os procedimentos a serem observados pelos órgãos gestores e pelos fiscais de contratos firmados pelos órgãos da Administração Municipal Direta, indireta, bem como a forma de recebimento dos objetos contratuais, e com a finalidade de dar cumprimento às determinações nele constantes,  
**RESOLVE:**

**Art. 1º** - Designar os servidores responsáveis pela gestão e fiscalização dos contratos desta Pasta.

CF Nº	PA	EMPRESA	OBJETO	GESTOR	FISCAL
CF 66.279		19.55120	GOTHAN BURGHER E ACE CREAM EIRELI	FORNECIMENTO DE ALIMENTAÇÃO INDIVIDUALIZADA, BALANCEADA E EM CONDIÇÕES HIGIENICO-SANITARIAS ADEQUADAS, DESTINADA AOS COLABORADORES DO HOSPITAL DE CAMPANHA INSTALADO NO CENTRO DE COMBATE AO CORONAVÍRUS	TITULAR TITULAR LUIS APARECIDA VALERIA PERCU - CF 28.362 SUPLENTE SUPLENTE ELISANGELA DE OLIVEIRA VIANI JUNIO VANUCCI - CF 66.673 ROGERIO RIBEIRO DE CASTRO - CF 56.496

I - Os servidores designados desempenharão as funções sem prejuízo de suas atividades funcionais.  
**Art. 2º** - Esta Portaria entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.  
**PORTARIA Nº. 079/2020-SS**

O SECRETÁRIO DA SAÚDE DA PREFEITURA MUNICIPAL DE GUARULHOS, JOSÉ MARIO STRANGHETTI CLEMENTE, no uso de suas atribuições legais,

**RESOLVE:**  
 ALTERAR a composição do quadro de Autoridades Sanitárias da Divisão Técnica de Vigilância Sanitária, publicado 17/01/2020, por meio da Portaria nº 011/2020-SS, conforme segue.

**Excluir:**  
 Ana Cristina Kantzós da Silva - C.F. 64.001  
**Incluir:**  
 José Mario Stranghetti Clemente - C.F. 55.459  
 Marco Antonio Salgado - C.F. 53.247  
 Priscila Kunishi de Araujo Reis - C.F. 40.646

**EXTRATO DE QUALIFICAÇÃO COMO ORGANIZAÇÃO SOCIAL EM SAÚDE**  
 O Secretário Municipal de Saúde, Dr. JOSÉ MARIO STRANGHETTI CLEMENTE, no uso de suas atribuições legais, torna público para conhecimento dos interessados e, considerando o disposto no § 1º, do Artigo 2º do Decreto Municipal nº 34.210, de 30 de maio de 2017, fica QUALIFICADA como ORGANIZAÇÃO SOCIAL EM SAÚDE, a seguinte entidade: ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE GESTÃO PÚBLICA - APGP, por haver atendido às exigências estabelecidas pela Lei Municipal nº 7.545/17, regulamentada pelo Decreto acima referido.

**DEPARTAMENTO FINANCEIRO DA SAÚDE**  
**CRONOLOGIA DE PAGAMENTO**

Cumprindo as exigências do Artigo 1º da Lei Municipal nº 5.209, de 1º de outubro de 1999, e artigo 5º da Lei Federal nº 8.666/93, encontram-se atizadas nos Atrios da Secretária da Fazenda e do Gabinete do Prefeito, para conhecimento público, as justificativas dos pagamentos que serão efetuados fora da ordem cronológica de pagamento aos seguintes credores:

**EMPRESA BRASILEIRA DE CORREIOS E TELÉGRAFOS**  
 CNPJ: 34.028.316/0031-29  
 CONTRATO: 9912460962/2019 - Secretaria da Saúde  
 EMPENHO: 1051/2020  
 LIQUIDAÇÃO: 11671/2020  
 OBJETO: Serviços da Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos.  
 VALOR: R\$ 2.019,76 (dois mil e dezesseis reais e setenta e seis centavos). Referente a recursos vinculados - Secretaria da Saúde.  
 NOTA FISCAL: 1825325  
 EXIGIBILIDADE: 21/04/2020  
 PERÍODO: Março/2020  
 JUSTIFICATIVA: Trata-se de serviços da Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos e a interrupção prejudicaria o bom andamento dos serviços.

**HIDROMASTER CLÍNICA DE REABILITAÇÃO AQUÁTICA LTDA**  
 CNPJ: 21.363.103/0001-58  
 ATA DE REGISTRO DE PREÇO: 39611/2019 - SF06 - Secretaria da Saúde  
 EMPENHO: 2967/2020  
 LIQUIDAÇÃO: 11674/2020  
 OBJETO: Sessões de Hidroterapia.  
 VALOR: R\$ 12.080,00 (doze mil e oitenta reais) - Referente a recursos vinculados - Secretaria da Saúde  
 NOTA FISCAL: 970  
 EXIGIBILIDADE: 27/03/2020  
 PERÍODO: Fevereiro/2020  
 JUSTIFICATIVA: Tal solicitação se faz necessária, por se tratar de atendimento a Mandado de Segurança, uma vez que esse item não faz parte dos que são oferecidos à população da rede deste município.

**INSTITUTO MEDIZIN DE SAUDE - IMEDIS**  
 CNPJ: 15.532.870/0001-69  
 CONTRATO: 602/2020 - FMS - Secretaria da Saúde  
 EMPENHO: 5798/2020  
 LIQUIDAÇÃO: 12226/2020  
 OBJETO: Prestação de serviços de instalação de estrutura, com mão de obra qualificada para realização de atendimento, identificação e triagem de casos suspeitos de infecção pelo Covid-19.  
 VALOR: R\$ 603.919,35 (seiscientos e três mil, novecentos e dezesseis reais e trinta e cinco centavos). Referente a recursos vinculados - Secretaria da Saúde.  
 EXIGIBILIDADE: 20/04/2020  
 PERÍODO: 50% de 20/04/2020 a 20/05/2020  
 JUSTIFICATIVA: Trata-se de prestação de serviços estrutura e mão de obra para realização de atendimentos

dos casos suspeitos de infecção pelo Covid-19 e sua falta prejudicaria a população usuaria do SUS.  
**VIA CARE CLINICA MEDICA LTDA**  
 CNPJ: 35.071.748/0001-60  
 CONTRATO: 720/2020 - FMS - Secretaria da Saúde  
 EMPENHO: 5796/2020  
 LIQUIDAÇÃO: 12196/2020  
 OBJETO: Prestação de serviços de locação de unidades móveis itinerantes, consistente em carreta e ônibus, adaptados com consultórios médicos, equipamentos e estrutura para prestar atendimento e triagem de pessoas suspeitas de contaminação pelo Covid-19.  
 VALOR: R\$ 550.000,00 (quinhentos e cinquenta mil reais). Referente a recursos vinculados - Secretaria da Saúde.  
 EXIGIBILIDADE: 20/04/2020  
 PERÍODO: 20/04/2020 a 20/05/2020  
 JUSTIFICATIVA: Trata-se de prestação de serviços de locação de unidades móveis itinerantes adaptadas com consultórios médicos, equipamentos e estrutura e sua falta prejudicaria o atendimento e triagem de pessoas suspeitas de contaminação pelo Covid-19.

**SECRETARIA DA FAZENDA**

**DEPARTAMENTO DO TESOUREIRO**  
**CRONOLOGIA DE PAGAMENTO**

Cumprindo as exigências do Artigo 1º da Lei Municipal nº 5.209, de 1º de outubro de 1999, e artigo 5º da Lei Federal nº 8.666/93, encontram-se atizadas nos Atrios da Secretária da Fazenda e do Gabinete do Prefeito, para conhecimento público, as justificativas dos pagamentos que serão efetuados fora da ordem cronológica de pagamento aos seguintes credores:

**CONSER ALIMENTOS LTDA**  
 CNPJ: 05.676.269/0001-50  
 PROCESSO ADMINISTRATIVO: 8032/2020 - Secretaria da Educação  
 EMPENHO: 6673/2020 e 6674/2020  
 OBJETO: Reconhecimento de dívida referente ao fornecimento de carne bovina, pagamento Indenizatório nos Termos da Súmula nº 02.

Item	Qtde.	Unid.	Descrição	Valor Unit.	RS
1	6.126	Kg	Carne bovina patinho em iscas congeladas	33,97	
2	6.150	Kg	Carne bovina patinho moída congelada	33,97	

VALOR: R\$ 417.015,72 (quatrocentos e dezesseis mil e quinze reais e setenta e dois centavos) referente a recursos vinculados - QESE  
 NOTA FISCAL: 51902 e 51903  
 EXIGIBILIDADE: 07/04/2020  
 JUSTIFICATIVA: Fornecedor de Carne Bovina, distribuído ponto a ponto, exclusivamente, nas Unidades Escolares desta Municipalidade e Instituições Parceiras

**DEPARTAMENTO DE LICITAÇÕES E CONTRATOS**

A Prefeitura de Guarulhos, através do Departamento de Licitações e Contratos, torna público os seguintes atos administrativos:

**LICITAÇÕES AGENDADAS:**  
**Convite 06/20-DLC PA91253/19** menor preço global, visando contratação de empresa especializada em escoramento/contenção de estrutura autoportante para casa (patrimônio histórico) do Parque Natural Municipal da Cultura Negra - Sítio da Candinha - Guarulhos/SP Abertura: 24/04/2020 09h

**Homologação:**  
**PE 42/20-DLC PA 49330/19**  
 Item 1 Perfr Jd Industria e Comércio de Produtos Alimentícios Eireli  
 Item 2 Carvalho Comércio de Produtos Alimentícios Eireli  
**PE 61/20-DLC PA 36587/19**  
 Item 1 Deserto  
 Item 2 e 3 Comercial 3 Albe Ltda  
 Item 4 Fracassado  
 Item 5, 6 e 8 Cubomed Comércio Atacadista de Produtos para Saúde Eireli  
 Item 7 Drogeria Popular Melhor Preço RGS Eireli  
**PE 76/20-DLC PA 63652/19**  
 Item 1 Hung Chih Chen  
 Item 2 e 3 Transtam Comercial Eireli  
**PE 91/20-DLC PA 80179/19**  
 Item 1, 2, 3 e 4 Guarani Industria, Comércio e Serviços Ltda  
 Item 5, 6 e 7 G. S. Comércio de Materiais para Construção Ltda  
 Item 8 Transtam Comercial Eireli  
**PE 290/19-DLC PA 16059/19**  
 Item 1 VCS Comércio Serviços e Transportes Eireli  
**PE 401/19-DLC PA 58858/18**  
 Item 1 VCS Comércio Serviços e Transportes Eireli  
**Adjudicação e Convocação:**  
**PP 417/19 - DLC PA 40417/19**  
 Transcrito o prazo legal sem interposição de recursos: a Sra. Pregoeira Adjudica os itens 2, 3 e 6 - Neuhaus Comercio Textil e Decorações Eireli; itens 4 e 8 - Persi Anil Comercio e Serviços Eireli e Item 7 - NLV Incorporation Comercio e Serviços de Tapeçaria, Cortinas e Roupas Ltda. A vista disto, ficam convocadas as empresas adjudicatárias para apresentarem, no prazo de 05 (cinco) dias úteis, as amostras, laudos e certificados exigidos nos termos do Anexo I - Outras Exigências do Edital.  
**Licitação Deserta:**  
**CP 387/19-DLC PA 50178/19**  
**Licitação Anulada:**  
**CP 36/19-DLC PA 53259/18** nos termos do art. 49, caput, da Lei 8.666/93. Fica aberto prazo de 05 (cinco) dias úteis para interposição de recursos.  
**Homologação e Adjudicação:**  
**CP 42/19-DLC PA 58139/19**  
 Adjudicatária: Construtora Sandin Ltda-EPP

E para constar eu, **(MAURÍCIO SEGANTIN)**, Chefe de Gabinete do Prefeito, respondendo cumulativamente pelo Departamento de Relações Administrativas, tornei público o presente Diário Oficial.



**ATENÇÃO!**

O atendimento presencial em todas as unidades do **Fácil** está **SUSPENSO**. As equipes estão preparadas para atender a população pelos seguintes canais:

**ATENDIMENTO POR EMAIL:**  
 atendimentoofacil@guarulhos.sp.gov.br

**ATENDIMENTO TELEFÔNICO:**  
 das 8h às 17h | (11) 2475-8651



25  
20059/2011  
CBU

Voltar

Imprimir



### Certificado de Regularidade do FGTS - CRF

**Inscrição:** 15.532.870/0001-89  
**Razão Social:** INSTITUTO MEDIZIN DE SAUDE IMEDIS  
**Endereço:** ROD SP 332 SN KM 152 SL J SALA 3 / JARDIM BLUMENAU / ARTUR  
NOGUEIRA / SP / 13160-000

A Caixa Econômica Federal, no uso da atribuição que lhe confere o Art. 7, da Lei 8.036, de 11 de maio de 1990, certifica que, nesta data, a empresa acima identificada encontra-se em situação regular perante o Fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS.

O presente Certificado não servirá de prova contra cobrança de quaisquer débitos referentes a contribuições e/ou encargos devidos, decorrentes das obrigações com o FGTS.

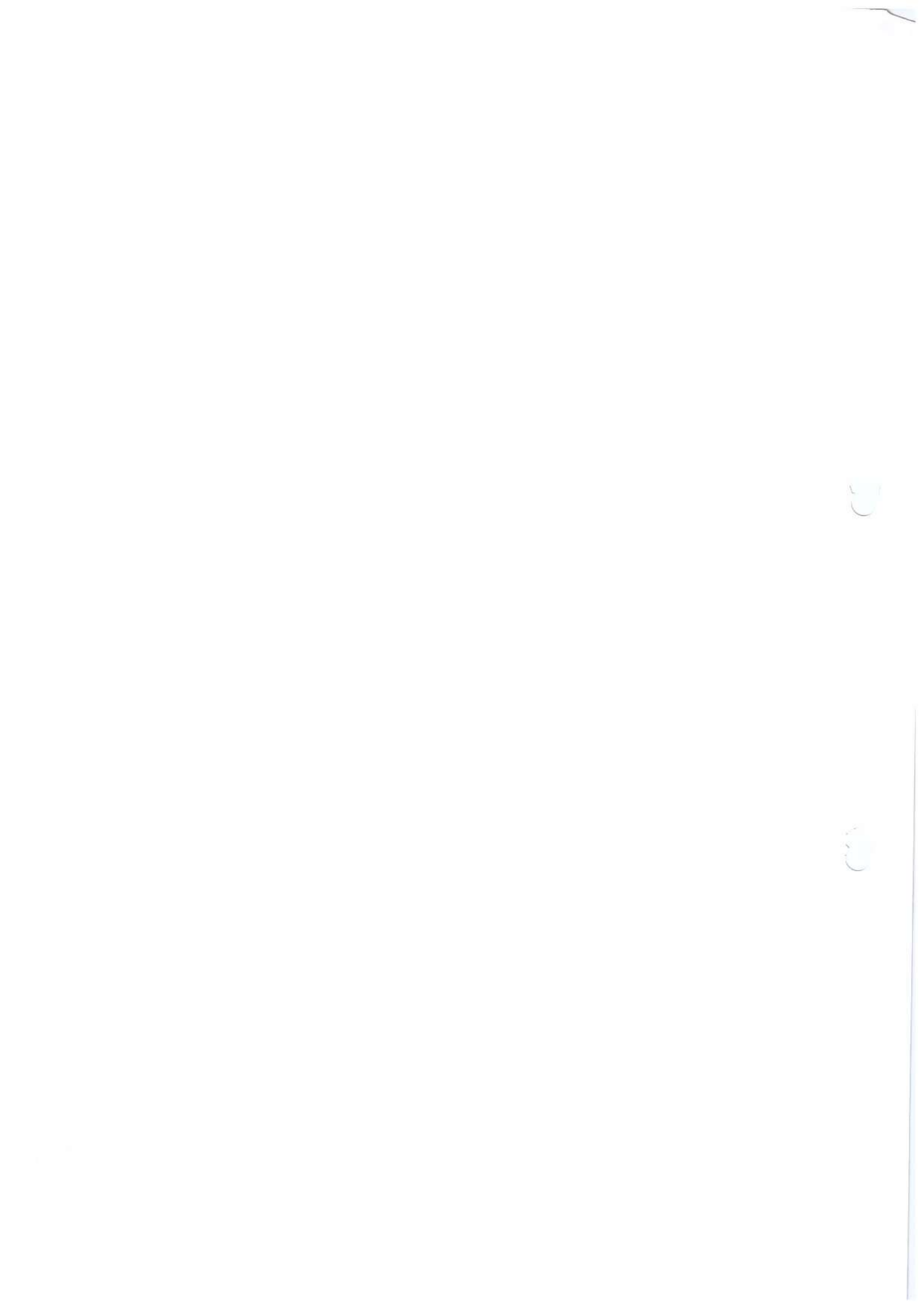
**Validade:** 21/04/2020 a 20/05/2020

**Certificação Número:** 2020042101130808790279

Informação obtida em 22/04/2020 16:47:46

A utilização deste Certificado para os fins previstos em Lei esta condicionada a verificação de autenticidade no site da Caixa:  
**[www.caixa.gov.br](http://www.caixa.gov.br)**

Handwritten signature and initials in blue ink.



## Situação de Regularidade do Empregador

A EMPRESA abaixo identificada está REGULAR perante o FGTS:

Inscrição: 15.532.870/0001-89

Razão social: INSTITUTO MEDIZIN DE SAUDE IMEDIS

Resultado da consulta em 12/05/2020 13:16:58

Obtenha o Certificado de Regularidade do FGTS - CRF  
Consulte o Histórico do Empregador

[Voltar](#)

O uso destas informações para os fins previstos em lei deve ser precedido de verificação de autenticidade no site da Caixa: [www.caixa.gov.br](http://www.caixa.gov.br)







MINISTÉRIO DA FAZENDA  
Secretaria da Receita Federal do Brasil  
Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional

**CERTIDÃO POSITIVA COM EFEITOS DE NEGATIVA DE DÉBITOS RELATIVOS AOS TRIBUTOS  
FEDERAIS E À DÍVIDA ATIVA DA UNIÃO**

Nome: INSTITUTO MEDIZIN DE SAUDE - IMEDIS  
CNPJ: 15.532.870/0001-89

Ressalvado o direito de a Fazenda Nacional cobrar e inscrever quaisquer dívidas de responsabilidade do sujeito passivo acima identificado que vierem a ser apuradas, é certificado que:

1. constam débitos administrados pela Secretaria da Receita Federal do Brasil (RFB) com exigibilidade suspensa nos termos do art. 151 da Lei nº 5.172, de 25 de outubro de 1966 - Código Tributário Nacional (CTN), ou objeto de decisão judicial que determina sua desconsideração para fins de certificação da regularidade fiscal, ou ainda não vencidos; e
2. constam nos sistemas da Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional (PGFN) débitos inscritos em Dívida Ativa da União (DAU) com exigibilidade suspensa nos termos do art. 151 do CTN, ou garantidos mediante bens ou direitos, ou com embargos da Fazenda Pública em processos de execução fiscal, ou objeto de decisão judicial que determina sua desconsideração para fins de certificação da regularidade fiscal.

Conforme disposto nos arts. 205 e 206 do CTN, este documento tem os mesmos efeitos da certidão negativa.

Esta certidão é válida para o estabelecimento matriz e suas filiais e, no caso de ente federativo, para todos os órgãos e fundos públicos da administração direta a ele vinculados. Refere-se à situação do sujeito passivo no âmbito da RFB e da PGFN e abrange inclusive as contribuições sociais previstas nas alíneas 'a' a 'd' do parágrafo único do art. 11 da Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991.

A aceitação desta certidão está condicionada à verificação de sua autenticidade na Internet, nos endereços <<http://rfb.gov.br>> ou <<http://www.pgfn.gov.br>>.

Certidão emitida gratuitamente com base na Portaria Conjunta RFB/PGFN nº 1.751, de 2/10/2014.

Emitida às 08:56:36 do dia 20/01/2020 <hora e data de Brasília>.

Válida até 18/07/2020.

Código de controle da certidão: **8CAF.CD26.D6BF.DDA5**

Qualquer rasura ou emenda invalidará este documento.





# Confirmação de Autenticidade das Certidões

## Resultado da Confirmação de Autenticidade da Certidão

CNPJ : 15.532.870/0001-89

Data da Emissão : 20/01/2020

Hora da Emissão : 08:56:36

Código de Controle da Certidão : 8CAF.CD26.D6BF.DDA5

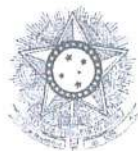
Tipo da Certidão : Positiva com Efeitos de Negativa

Certidão **Positiva com Efeitos de Negativa** emitida em 20/01/2020, com validade até 16/10/2020, considerando prorrogação de sua validade pela Portaria Conjunta RFB/PGFN nº 555/2020, publicada no Diário Oficial da União em 24/03/2020, Edição 57, Seção 1, Página 33.

[Página Anterior](#)



27  
20059/1016  
CBU



PODER JUDICIÁRIO  
JUSTIÇA DO TRABALHO

### CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS TRABALHISTAS

Nome: INSTITUTO MEDIZIN DE SAUDE - IMEDIS  
(MATRIZ E FILIAIS) CNPJ: 15.532.870/0001-89

Certidão n°: 6582555/2020

Expedição: 16/03/2020, às 09:19:45

Validade: 11/09/2020 - 180 (cento e oitenta) dias, contados da data de sua expedição.

Certifica-se que INSTITUTO MEDIZIN DE SAUDE - IMEDIS (MATRIZ E FILIAIS), inscrito(a) no CNPJ sob o n° 15.532.870/0001-89, NÃO CONSTA do Banco Nacional de Devedores Trabalhistas.

Certidão emitida com base no art. 642-A da Consolidação das Leis do Trabalho, acrescentado pela Lei n° 12.440, de 7 de julho de 2011, e na Resolução Administrativa n° 1470/2011 do Tribunal Superior do Trabalho, de 24 de agosto de 2011.

Os dados constantes desta Certidão são de responsabilidade dos Tribunais do Trabalho e estão atualizados até 2 (dois) dias anteriores à data da sua expedição.

No caso de pessoa jurídica, a Certidão atesta a empresa em relação a todos os seus estabelecimentos, agências ou filiais.

A aceitação desta certidão condiciona-se à verificação de sua autenticidade no portal do Tribunal Superior do Trabalho na Internet (<http://www.tst.jus.br>).

Certidão emitida gratuitamente.

#### INFORMAÇÃO IMPORTANTE

Do Banco Nacional de Devedores Trabalhistas constam os dados necessários à identificação das pessoas naturais e jurídicas inadimplentes perante a Justiça do Trabalho quanto às obrigações estabelecidas em sentença condenatória transitada em julgado ou em acordos judiciais trabalhistas, inclusive no concernente aos recolhimentos previdenciários, a honorários, a custas, a emolumentos ou a recolhimentos determinados em lei; ou decorrentes de execução de acordos firmados perante o Ministério Público do Trabalho ou Comissão de Conciliação Prévia.

Certidão validada pelo site oficial do Tribunal Superior do Trabalho em 12/05/2020.

Alípio  
Ferreira  
CF48218.



20  
20059/2020  
CBV

NOVA S&S CONTABILIDADE, TRIBUTOS E TRABALHISTA S/S

RELAÇÃO DE DEPÓSITO BANCÁRIO - MENSAL - 03/2020

DATA: 15/04/2020

0097 - INSTITUTO MEDIZIN DE SAUDE

CNPJ: 15.532.870/0001-89

ROD RUA PROFESSOR ZEFERINO VAZ 0

DATA PAGTO: 06/04/2020

Chácara de Recreio Barão - ARTUR NOGUEIRA / SP

PAG.: 1

TODOS OS BANCOS

AGENCIA:

BANCO	AGENCIA	CONTA/DV	C.P.F. / R.G	FUNCIONÁRIO	CODIGO	VALOR DEP.
<b>Depto.: 0015 - Setor: 0000 - Seção: 0000 --&gt;</b>						
<b>GUARULHOS-ENFERMAGEM</b>						
-	-	-	259.903.668-25	ALESSANDRA APARECIDA LEMOS	000404	243,00
-	-	-	432.806.558-03	ALESSANDRA MACHADO DE ALCANTARA	000383	299,00
-	-	-	373.951.488-43	ALEX DESTRO DE OLIVEIRA	000399	243,00
-	-	-	308.444.538-97	AURENICE DE MELO SILVA	000391	299,00
-	-	-	428.735.968-21	BEATRIZ GONCALVES DE SANTANA	000408	243,00
-	-	-	184.823.198-92	CARLA FERNANDA DA SILVA	000417	243,00
-	-	-	306.422.828-54	CATIA CRISTINA CAMILO SILVA	000400	446,00
-	-	-	001.942.185-03	DIONESIA DOS SANTOS MACHADO	000393	299,00
-	-	-	277.783.188-22	EDNA SILVA DE MELO	000387	299,00
-	-	-	330.292.158-65	EDSON DOS SANTOS ROCHA	000390	595,00
-	-	-	290.229.518-98	ELISANGELA RODRIGUES CAVALCANTI	000406	446,00
-	-	-	067.216.454-08	FABIANO SILVA DE SOUSA	000419	224,00
-	-	-	280.338.038-27	FERNANDA REGINA SALGADO	000420	446,00
-	-	-	298.852.678-83	FRANCISCO JOSE DA SILVA	000396	243,00
-	-	-	471.200.858-08	GABRIELA DE OLIVEIRA MARTINS	000388	299,00
-	-	-	374.950.618-39	JULIANA REIS PALADINI NASCIMENTO	000411	243,00
-	-	-	204.464.948-95	KARIME PEREIRA	000385	299,00
-	-	-	229.115.248-37	KARLA CRISTINA DA SILVA SOUZA	000402	243,00
-	-	-	279.552.468-61	KELI SIMONE PEDROSO	000410	243,00
-	-	-	136.814.526-44	KEVIN SOUZA DE OLIVEIRA	000401	243,00
-	-	-	329.337.128-06	LILIANE OLIVEIRA ROSA	000409	243,00
-	-	-	106.854.418-06	MARCIA PINHEIRO ALVES	000379	595,00
-	-	-	140.339.978-65	MARCIA RAMOS	000412	446,00
-	-	-	474.243.623-72	MARIA DA CONCEICAO DE OLIVEIRA	000389	299,00
-	-	-	145.258.518-05	MARISTELA MARQUES SANTANA	000416	243,00
-	-	-	039.518.694-37	NUBIA HISSAGIMA	000395	446,00
-	-	-	074.119.924-61	PATRICIA DA SILVA	000392	299,00
-	-	-	245.959.638-31	PAULA GOMES DOS SANTOS	000394	446,00
-	-	-	319.704.408-80	PRISCILA DE OLIVEIRA RUSSO	000418	243,00
-	-	-	184.811.348-05	REINILDE PEREIRA DA GUARDA VIEIRA	000384	299,00
-	-	-	423.964.748-71	RODRIGO TERTO SILVA	000415	243,00
-	-	-	326.708.578-09	SILVANA ARAUJO SANTOS	000403	243,00
-	-	-	368.691.548-05	SUELEN DA SILVA CARVALHO	000386	299,00
-	-	-	260.730.198-07	VALDIRENE RIBEIRO	000405	446,00
-	-	-	366.279.808-51	VALMIRAN VIEIRA DOS SANTOS	000413	243,00
-	-	-	380.240.448-38	VIVIANE CUBAS CALDAROPOLI	000423	446,00
-	-	-	268.923.618-46	VIVIANE RAMOS DOS SANTOS	000414	446,00
<b>TOTAL DEPTO:</b>						<b>12.063,00</b>
<b>TOTAL GERAL:</b>						<b>12.063,00</b>

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signatures]*





31  
20059/202  
CBU

NOVA S&S CONTABILIDADE, TRIBUTOS E TRABALHISTA S/S

RELAÇÃO DE DEPÓSITO BANCÁRIO - MENSAL - 03/2020

DATA: 15/04/2020

0097 - INSTITUTO MEDIZIN DE SAUDE

CNPJ: 15.532.870/0001-89

ROD RUA PROFESSOR ZEFERINO VAZ 0

DATA PAGTO: 06/04/2020

Chácara de Recreio Barão - ARTUR NOGUEIRA / SP

PAG.: 1

TODOS OS BANCOS

AGENCIA:

BANCO	AGENCIA	CONTA/DV	C.P.F. / R.G	FUNCIONÁRIO	CODIGO	VALOR DEP.
Depto.: 0014 - Setor: 0000 - Seção: 0000 -->				GUARULHOS-RECEPCAO		
-	-	-	475.195.548-99	BRUNA LEAL PEREIRA DA CRUZ	000407	160,00
-	-	-	260.017.028-61	CRISTINA FERREIRA DA SILVA	000398	177,00
-	-	-	437.508.228-32	INARA APARECIDA DA SILVA	000397	164,00
-	-	-	457.224.698-07	JOANA DARC AUGUSTO DE ARAUJO	000422	160,00
-	-	-	485.569.568-82	MARCELA DE CARVALHO OLIVEIRA	000378	221,00
-	-	-	474.943.068-46	MATEUS SILVA DOS SANTOS	000380	214,00
<b>TOTAL DEPTO:</b>						<b>1.096,00</b>
<b>TOTAL GERAL:</b>						<b>1.096,00</b>

*[Handwritten mark]*

*[Handwritten mark]*

*[Handwritten mark]*



22  
20059/2020  
CBV

NOVA S&S CONTABILIDADE, TRIBUTOS E TRABALHISTA S/S

RELAÇÃO DE DEPÓSITO BANCÁRIO - ADIANTAMENTO - 04/2020

DATA: 17/04/2020

0097 - INSTITUTO MEDIZIN DE SAUDE

CNPJ: 15.532.870/0001-89

ROD RUA PROFESSOR ZEFERINO VAZ 0

DATA PAGTO: 20/04/2020

Chácara de Recreio Barão - ARTUR NOGUEIRA / SP

PAG.:

TODOS OS BANCOS

AGENCIA:

BANCO	AGENCIA	CONTA/DV	C.P.F. / R.G	FUNCIONÁRIO	CODIGO	VALOR DEP.
Depto.: 0021 - Setor: 0000 - Seção: 0000 -->				UNIDADE GUARULHOS		
-	-	-	258.245.078-21	KELLI CRISTINA COSTA MENDES	000477	614,00
-	-	-	259.903.668-25	ALESSANDRA APARECIDA LEMOS	000404	880,00
-	-	-	432.806.558-03	ALESSANDRA MACHADO DE ALCANTARA	000383	800,00
-	-	-	143.130.028-47	ALESSANDRA RODRIGUES SILVEIRA	000430	880,00
-	-	-	322.379.008-09	ALINE SOARES PEREIRA	000431	1.760,00
-	-	-	282.573.368-74	ANA PAULA RANGEL TAKANO	000466	993,00
-	-	-	313.925.428-80	ANALY ROMERO	000458	792,00
-	-	-	373.346.588-17	ANDREIA DE CARVALHO COELHO	000475	695,00
-	-	-	203.969.198-71	APARECIDA DE JESUS LEITE	000459	792,00
-	-	-	448.785.208-09	ARIANE NISTA DOS REIS	000432	880,00
-	-	-	308.444.538-97	AURENICE DE MELO SILVA	000391	800,00
-	-	-	428.735.968-21	BEATRIZ GONCALVES DE SANTANA	000408	880,00
-	-	-	475.195.548-99	BRUNA LEAL PEREIRA DA CRUZ	000407	524,00
-	-	-	424.320.598-16	CAROLINE ALVES BARBOZA	000441	822,00
-	-	-	306.422.828-54	CATIA CRISTINA CAMILO SILVA	000400	1.760,00
-	-	-	082.644.538-13	CELIA MARIA LEITE	000469	499,00
-	-	-	291.044.998-08	CRISTIANE MARTINS DA SILVA	000433	524,00
-	-	-	260.017.028-61	CRISTINA FERREIRA DA SILVA	000398	513,00
-	-	-	384.031.488-79	DARIANE FELIX LOPES	000460	553,00
-	-	-	431.405.268-65	DEBORA SAMANTA CASSIANO BERTUCCI	000470	348,00
-	-	-	001.942.185-03	DIONESIA DOS SANTOS MACHADO	000393	800,00
-	-	-	275.144.668-00	DOMINGOS PEREIRA PAZO FILHO	000464	1.039,00
-	-	-	277.783.188-22	EDNA SILVA DE MELO	000387	800,00
-	-	-	330.292.158-65	EDSON DOS SANTOS ROCHA	000390	1.760,00
-	-	-	246.983.738-32	EDUARDO APARECIDO DOS SANTOS	000472	792,00
-	-	-	226.715.418-80	ELISABETE SOBRAL DE ALMEIDA	000450	1.584,00
-	-	-	290.229.518-98	ELISANGELA RODRIGUES CAVALCANTI	000406	1.760,00
-	-	-	165.798.728-02	EMANOELA APARECIDA FERNANDES SANTOS	000425	880,00
-	-	-	365.174.828-65	FABIANA REGINA SOARES	000451	792,00
-	-	-	067.216.454-08	FABIANO SILVA DE SOUSA	000419	800,00
-	-	-	337.460.208-83	FERNANDA LEAO PEREIRA	000443	1.584,00
-	-	-	280.338.038-27	FERNANDA REGINA SALGADO	000420	1.738,00
-	-	-	298.852.678-83	FRANCISCO JOSE DA SILVA	000396	880,00
-	-	-	471.200.858-08	GABRIELA DE OLIVEIRA MARTINS	000388	800,00
-	-	-	437.508.228-32	INARA APARECIDA DA SILVA	000397	513,00
-	-	-	614.642.604-00	IRENILDA FERREIRA DA SILVA	000471	348,00
-	-	-	457.224.698-07	JOANA DARC AUGUSTO DE ARAUJO	000422	524,00
-	-	-	374.950.618-39	JULIANA REIS PALADINI NASCIMENTO	000411	880,00
-	-	-	405.737.928-28	JULIO CESAR TERTO RODRIGUES	000465	993,00
-	-	-	204.464.948-95	KARIME PEREIRA	000385	800,00
-	-	-	229.115.248-37	KARLA CRISTINA DA SILVA SOUZA	000402	880,00
-	-	-	279.552.468-61	KELI SIMONE PEDROSO	000410	880,00
-	-	-	136.814.526-44	KEVIN SOUZA DE OLIVEIRA	000401	880,00
-	-	-	329.337.128-06	LILIANE OLIVEIRA ROSA	000409	880,00
-	-	-	423.663.278-03	LINETE FRANCISCA RODRIGUES	000462	792,00
-	-	-	485.569.568-82	MARCELA DE CARVALHO OLIVEIRA	000378	524,00
-	-	-	106.854.418-06	MARCIA PINHEIRO ALVES	000379	1.760,00
-	-	-	474.243.623-72	MARIA DA CONCEICAO DE OLIVEIRA	000389	800,00
-	-	-	145.303.278-92	MARIA LUCIA NETTO DE GODOY	000435	800,00
-	-	-	899.999.593-34	MARIA VALERIA AMARO DOS SANTOS SOARES	000447	1.584,00
-	-	-	145.258.518-05	MARISTELA MARQUES SANTANA	000416	880,00
-	-	-	294.714.668-90	MARTA REGINA TEIXEIRA MENDES	000478	614,00
-	-	-	474.943.068-46	MATEUS SILVA DOS SANTOS	000380	524,00

*[Handwritten signatures and initials]*



33  
20059/202  
CBV

NOVA S&S CONTABILIDADE, TRIBUTOS E TRABALHISTA S/S

RELAÇÃO DE DEPÓSITO BANCÁRIO - ADIANTAMENTO - 04/2020

DATA: 17/04/2020

0097 - INSTITUTO MEDIZIN DE SAUDE

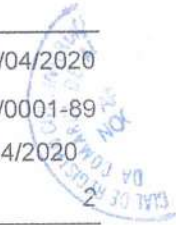
CNPJ: 15.532.870/0001-89

ROD RUA PROFESSOR ZEFERINO VAZ 0

DATA PAGTO: 20/04/2020

Chácara de Recreio Barão - ARTUR NOGUEIRA / SP

PAG.: 2



TODOS OS BANCOS

AGENCIA:

BANCO	AGENCIA	CONTA/DV	C.P.F. / R.G	FUNCIONÁRIO	CODIGO	VALOR DEP.
-	-	-	391.975.628-23	MICHEL NUNES PEREIRA	000479	389,00
-	-	-	049.230.164-69	MIDIANA DO NASCIMENTO SANTOS MONTEIRO	000476	675,00
-	-	-	012.430.182-75	NEILIENE OLIVEIRA DO NASCIMENTO	000467	993,00
-	-	-	039.518.694-37	NUBIA HISSAGIMA	000395	1.760,00
-	-	-	462.879.018-37	PAMELA VIANA DA CRUZ SILVA	000445	792,00
-	-	-	074.119.924-61	PATRICIA DA SILVA	000392	800,00
-	-	-	154.484.048-98	PATRICIA RENATA TOLEDO	000436	800,00
-	-	-	245.959.638-31	PAULA GOMES DOS SANTOS	000394	1.760,00
-	-	-	221.438.488-03	PAULO JOSE DOS SANTOS	000437	880,00
-	-	-	615.752.253-44	PAULO NUNES ALVES DA SILVA	000429	880,00
-	-	-	319.704.408-80	PRISCILA DE OLIVEIRA RUSSO	000418	880,00
-	-	-	174.830.278-78	QUITERIA ANITA DA SILVA	000438	513,00
-	-	-	358.656.428-71	REGIANE APARECIDA DE OLIVEIRA SANTOS	000446	792,00
-	-	-	184.811.348-05	REINILDE PEREIRA DA GUARDA VIEIRA	000384	800,00
-	-	-	423.964.748-71	RODRIGO TERTO SILVA	000415	880,00
-	-	-	013.441.715-16	ROSIMERE DE JESUS MENDES	000457	1.584,00
-	-	-	427.562.678-80	SAMELLA HELOISA DE OLIVEIRA MOURA	000474	1.584,00
-	-	-	326.708.578-09	SILVANA ARAUJO SANTOS	000403	880,00
-	-	-	103.029.108-08	SILVIA ANDREIA ZANDONADI	000449	792,00
-	-	-	267.135.528-97	SIRLENE GOMES DA CRUZ	000455	1.584,00
-	-	-	368.691.548-05	SUELEN DA SILVA CARVALHO	000386	800,00
-	-	-	430.406.008-26	TAMIRES ANDRADE DE OLIVEIRA	000456	553,00
-	-	-	103.224.898-06	VALDETE LOPES LEAL DE ALMEIDA	000439	513,00
-	-	-	366.279.808-51	VALMIRAN VIEIRA DOS SANTOS	000413	880,00
-	-	-	380.240.448-38	VIVIANE CUBAS CALDAROPOLI	000423	1.760,00
-	-	-	268.923.618-46	VIVIANE RAMOS DOS SANTOS	000414	1.738,00
-	-	-	309.006.458-81	WILSON RODRIGO DA SILVA FALABELLA TAVA	000440	1.760,00
<b>TOTAL DEPTO:</b>						<b>76.196,00</b>
<b>TOTAL GERAL:</b>						<b>76.196,00</b>





CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO Nº 001102/2020 - FMS  
 PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 19952/2020  
 HOSPITAL CAMPANHA DE GUARULHOS



#	NOME	CATEGORIA	CARGA HORÁRIA SEMANAL	LOCAL DE SERVIÇO	CONTATO VINCULADO
1	Alessandro Flores Tertuliano	Técnico (A) Em Enfermagem	24 HORAS	LEITOS DE OXIGENOTERAPIA	1102/2020
2	Aline Soares Pereira	Enfermeiro Assistencial	24 HORAS	LEITOS DE OXIGENOTERAPIA	1102/2020
3	Amanda Nunes Alves	Auxiliar de Enfermagem	24 HORAS	LEITOS DE OXIGENOTERAPIA	1102/2020
4	Ana Cristina Jesuino Rocha Silva	Técnico (A) Em Enfermagem	24 HORAS	LEITOS DE OXIGENOTERAPIA	1102/2020
5	Ana Paula Rangel Takano	Biomédico	24 HORAS	LEITOS DE OXIGENOTERAPIA	1102/2020
6	Analy Romero	Auxiliar de Enfermagem	24 HORAS	LEITOS DE OXIGENOTERAPIA	1102/2020
7	Andréia Aparecida Leite Borges	Auxiliar de Enfermagem	24 HORAS	LEITOS DE OXIGENOTERAPIA	1102/2020
8	Andréia de Carvalho Coelho	Supervisora Administrativo	24 HORAS	LEITOS DE OXIGENOTERAPIA	1102/2020
9	Aurenice de Melo Silva	Auxiliar de Enfermagem	24 HORAS	LEITOS DE OXIGENOTERAPIA	1102/2020
10	Beatriz Regina De Oliveira Loiola	Técnico (A) Em Enfermagem	24 HORAS	LEITOS DE OXIGENOTERAPIA	1102/2020
11	Bruna Caprioli	Farmacêutico	24 HORAS	LEITOS DE OXIGENOTERAPIA	1102/2020
12	Bruna Leal Pereira da Cruz	Recepcionista	24 HORAS	LEITOS DE OXIGENOTERAPIA	1102/2020
13	Camila Da Silva Rocha	Técnico (A) Em Enfermagem	24 HORAS	LEITOS DE OXIGENOTERAPIA	1102/2020
14	Camila Lima Paulino da Silva	Auxiliar de Enfermagem	24 HORAS	LEITOS DE OXIGENOTERAPIA	1102/2020
15	Carla Silva Bueno	Técnico (A) Em Enfermagem	24 HORAS	LEITOS DE OXIGENOTERAPIA	1102/2020
16	Caroline Alves Barboza	Técnico (A) Em Enfermagem	24 HORAS	LEITOS DE OXIGENOTERAPIA	1102/2020
17	Cintia Rodrigues Galvino	Enfermeiro Assistencial	24 HORAS	LEITOS DE OXIGENOTERAPIA	1102/2020
18	Cristiane Da Silva Souza	Técnico (A) Em Enfermagem	24 HORAS	LEITOS DE OXIGENOTERAPIA	1102/2020
19	Cristiane Martins da Silva	Supervisora Administrativo	24 HORAS	LEITOS DE OXIGENOTERAPIA	1102/2020
20	Cristiane Mendes Sant Ana Oliveira	Auxiliar de Enfermagem	24 HORAS	LEITOS DE OXIGENOTERAPIA	1102/2020
21	Cyntia Lopes De Souza	Técnico (A) Em Enfermagem	24 HORAS	LEITOS DE OXIGENOTERAPIA	1102/2020
22	Danielly Freitas De Sousa	Farmacêutico	24 HORAS	LEITOS DE OXIGENOTERAPIA	1102/2020
23	Davidson Rodrigues dos Santos	Auxiliar de Limpeza	24 HORAS	LEITOS DE OXIGENOTERAPIA	1102/2020
24	Deisiane Cristina Nogueira	Técnico (A) Em Enfermagem	24 HORAS	LEITOS DE OXIGENOTERAPIA	1102/2020
25	Dinácia Felix Borges	Auxiliar De Enfermagem	24 HORAS	LEITOS DE OXIGENOTERAPIA	1102/2020
26	Diogo Paixão Butura	Auxiliar de Limpeza	24 HORAS	LEITOS DE OXIGENOTERAPIA	1102/2020
27	Domingos Pereira Pazo Filho	Biomédico	24 HORAS	LEITOS DE OXIGENOTERAPIA	1102/2020
28	Donizetti Luiz De Oliveira Junior	Técnico (A) Em Enfermagem	24 HORAS	LEITOS DE OXIGENOTERAPIA	1102/2020
29	Douglas De Moraes Ribeiro*	Técnico (A) Em Enfermagem	24 HORAS	LEITOS DE OXIGENOTERAPIA	1102/2020
30	Edla Cristina	Enfermeiro Assistencial	24 HORAS	LEITOS DE OXIGENOTERAPIA	1102/2020
31	Edna Ferreira Da Silva	Técnico (A) Em Enfermagem	24 HORAS	LEITOS DE OXIGENOTERAPIA	1102/2020
32	Elaine De Oliveira Nascimento	Técnico (A) Em Enfermagem	24 HORAS	LEITOS DE OXIGENOTERAPIA	1102/2020
33	Elizangela Rodrigues Cavalcanti	Enfermeiro Assistencial	24 HORAS	LEITOS DE OXIGENOTERAPIA	1102/2020
34	Elton Douglas Nunes Coutinho	Auxiliar de Limpeza	24 HORAS	LEITOS DE OXIGENOTERAPIA	1102/2020
35	Fabiana Regina Soares	Técnico (A) Em Enfermagem	24 HORAS	LEITOS DE OXIGENOTERAPIA	1102/2020
36	Felipe Castelan De Freitas	Técnico (A) Em Enfermagem	24 HORAS	LEITOS DE OXIGENOTERAPIA	1102/2020
37	Felipe Custodio dos Santos	Apoio	24 HORAS	LEITOS DE OXIGENOTERAPIA	1102/2020
38	Fernanda Leão Pereira	Enfermeiro Assistencial	24 HORAS	LEITOS DE OXIGENOTERAPIA	1102/2020



39	Flavio Roberto Da Silva	Técnico (A) Em Enfermagem	24 HORAS	LEITOS DE OXIGENOTERAPIA	1102/2020
40	Gustavo Lopes De Sousa	Técnico (A) Em Enfermagem	24 HORAS	LEITOS DE OXIGENOTERAPIA	1102/2020
41	Inara Aparecida da Silva	Apoio	24 HORAS	LEITOS DE OXIGENOTERAPIA	1102/2020
42	Jamilson Florentino Teixeira	Técnico (A) Em Enfermagem	24 HORAS	LEITOS DE OXIGENOTERAPIA	1102/2020
43	Joana Darc Augusto de Araujo	Recepcionista	24 HORAS	LEITOS DE OXIGENOTERAPIA	1102/2020
44	Josias Candido de Amorin	Apoio	24 HORAS	LEITOS DE OXIGENOTERAPIA	1102/2020
45	Júlio César Tertó Rodrigues	Farmacêutico	24 HORAS	LEITOS DE OXIGENOTERAPIA	1102/2020
46	Keli Simone Pedroso	Técnico (A) Em Enfermagem	24 HORAS	LEITOS DE OXIGENOTERAPIA	1102/2020
47	Lethicia Gomes Silva	Apoio	24 HORAS	LEITOS DE OXIGENOTERAPIA	1102/2020
48	Linete Francisca Rodrigues	Técnico (A) Em Enfermagem	24 HORAS	LEITOS DE OXIGENOTERAPIA	1102/2020
49	Luciene Maria Da Rocha	Auxiliar de Enfermagem	24 HORAS	LEITOS DE OXIGENOTERAPIA	1102/2020
50	Lucinete Brito Coqueiro	Técnico (A) Em Enfermagem	24 HORAS	LEITOS DE OXIGENOTERAPIA	1102/2020
51	Maycon Jhone Marques	Técnico em Radiologia	24 HORAS	LEITOS DE OXIGENOTERAPIA	1102/2020
52	Marcela de Carvalho Oliveira	Recepcionista	24 HORAS	LEITOS DE OXIGENOTERAPIA	1102/2020
53	Maria Valeria Amaro Dos Santos Soares	Enfermeiro Assistencial	24 HORAS	LEITOS DE OXIGENOTERAPIA	1102/2020
54	Maria Wanne Beatriz	Enfermeiro Assistencial	24 HORAS	LEITOS DE OXIGENOTERAPIA	1102/2020
55	Mateus Silva dos Santos	Recepcionista	24 HORAS	LEITOS DE OXIGENOTERAPIA	1102/2020
56	Micael Silva Herculano	Recepcionista	24 HORAS	LEITOS DE OXIGENOTERAPIA	1102/2020
57	Michel Apostolo Evangelista	Apoio	24 HORAS	LEITOS DE OXIGENOTERAPIA	1102/2020
58	Midiana Do Nascimento Santos Monteiro	Técnico (A) Em Enfermagem	24 HORAS	LEITOS DE OXIGENOTERAPIA	1102/2020
59	Neilene Oliveira Do Nascimento	Biomédico	24 HORAS	LEITOS DE OXIGENOTERAPIA	1102/2020
60	Patricia da Silva	Auxiliar de Enfermagem	24 HORAS	LEITOS DE OXIGENOTERAPIA	1102/2020
61	Quitéria Anila da Silva	Apoio	24 HORAS	LEITOS DE OXIGENOTERAPIA	1102/2020
62	Raquel Rosa De Jesus	Auxiliar de Enfermagem	24 HORAS	LEITOS DE OXIGENOTERAPIA	1102/2020
63	Reinilde Pereira da Guarda Vieira	Auxiliar de Enfermagem	24 HORAS	LEITOS DE OXIGENOTERAPIA	1102/2020
64	Ricardo Araujo dos Santos	Técnico (A) Em Enfermagem	24 HORAS	LEITOS DE OXIGENOTERAPIA	1102/2020
65	Roberto Nunes Ferreira	Auxiliar de Limpeza	24 HORAS	LEITOS DE OXIGENOTERAPIA	1102/2020
66	Rosa Maria Dos Santos	Técnico (A) Em Enfermagem	24 HORAS	LEITOS DE OXIGENOTERAPIA	1102/2020
67	Rosângela Ferreira Rodrigues	Apoio	24 HORAS	LEITOS DE OXIGENOTERAPIA	1102/2020
68	Rosimere De Jesus Mendes	Enfermeiro Assistencial	24 HORAS	LEITOS DE OXIGENOTERAPIA	1102/2020
69	Ryane Freitas Simonini	Técnica de Farmácia	24 HORAS	LEITOS DE OXIGENOTERAPIA	1102/2020
70	Samanta Regiane Maia Da Rosa	Técnico (A) Em Enfermagem	24 HORAS	LEITOS DE OXIGENOTERAPIA	1102/2020
71	Silvia Andreia Zandonadi	Técnico (A) Em Enfermagem	24 HORAS	LEITOS DE OXIGENOTERAPIA	1102/2020
72	Simone Leal	Apoio	24 HORAS	LEITOS DE OXIGENOTERAPIA	1102/2020
73	Tamires Andrade De Oliveira	Apoio	24 HORAS	LEITOS DE OXIGENOTERAPIA	1102/2020
74	Tamires Ribeiro Piovesan	Biomédico	24 HORAS	LEITOS DE OXIGENOTERAPIA	1102/2020
75	Tatiana Pereira De Oliveira Ribeiro	Técnico (A) Em Enfermagem	24 HORAS	LEITOS DE OXIGENOTERAPIA	1102/2020
76	Thiago Santos Silva	Apoio	24 HORAS	LEITOS DE OXIGENOTERAPIA	1102/2020
77	Vagner da Costa Pereira	Técnico em Radiologia	24 HORAS	LEITOS DE OXIGENOTERAPIA	1102/2020
78	Valdeite Lopes Leal de Almeida	Apoio	24 HORAS	LEITOS DE OXIGENOTERAPIA	1102/2020
79	Valdiney Queiroz da Natividade	Técnico em Radiologia	24 HORAS	LEITOS DE OXIGENOTERAPIA	1102/2020
80	Willian Evangelista Santos	Apoio	24 HORAS	LEITOS DE OXIGENOTERAPIA	1102/2020

20059/102  
CBV

CARGO	QUANTIDADE
Apoio	12
Auxiliar de Enfermagem	11
Auxiliar de Limpeza	4
Biomédico	4
Enfermeiro Assistencial	8
Farmacêutico	3
Recepcionista	5
Supervisora Administrativo	2
Técnica de Farmácia	1
Técnico (A) Em Enfermagem	27
Técnico em Radiologia	3
<b>Total Geral</b>	<b>80</b>



N.º CATEG. EMPREGADO: OBRIGADO ESPECIAL  
 C.N.I.T. ...  
 N.º REGISTRO ...  
 ID.º DA FOLHA ... 1.ª QUINZENA  
 N.º ...

	HORA	A 12	A 13
NORMAIS			75
EXTRAS			75
	DESC. SEMAN		42
SOMA			R\$
INSS			R\$
I.R. - FONTE (DEDUÇÕES)			R\$
VALOR I.R. - F			R\$
TOTAL DOS DESCONTOS			R\$
SALARIO-FAMILIA			R\$
SALDO A RECEBER			R\$

2.ª QUINZENA

N.º DA FOLHA	MANHÃ		TARDE		EXTRA		Horas Extras
	Entrada	Saida	Entrada	Saida	Entrada	Saida	
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							

N.º DA FOLHA	MANHÃ		TARDE		EXTRA		Horas Extras
	Entrada	Saida	Entrada	Saida	Entrada	Saida	
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27							
28							
29	07:00	13:00	12:00	19:00			
30							
31	07:00	13:00	12:00	19:00			

De conformidad com o Artigo 146, § 2º da Lei nº 11.201, de 11.11.2001, esta Cartão de Ponto, expedido para fins de controle, é emitido de acordo com o Regulamento de Trabalho e Ponto do Município de Curitiba, Paraná.

Recebi o saldo acima mencionado

DATA: / / Assinatura do empregado:  
REGISTRO DE OCORRÊNCIAS:

2

2

2





37  
20059/2026  
CBU

N.º ORDEM		EMPREGADOR OU FAZENDA SOCIA				
C. N.º F.º		ATIVIDADE ECONOMICA				
EMPREGADO <i>Wanda de C. Oliveira</i>						
N.º REGISTRO		N.º C.º F.º				
LOCAL DO TRABALHO <i>Mapa</i>		PERÍODO <i>1. QUINZENA</i>				
Mês <i>Março</i>		Ano <i>2020</i>				
ENTRADA	INTEGRAMO PARA RESCISÃO	SAÍDA	REPOUSO SEMANAL			
MANHÃ		TARDE		EXTRA		Mês Entrada
Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída	
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						

	MANHÃ	TARDE	TOTALS
NOZAS			R\$
EXTRA			R\$
	SOMA		R\$
INSS			R\$
I.R. - FONTE (DEDUÇÕES)			R\$
VALOR I.R. - F.			R\$
TOTAL DOS DESCONTOS			R\$
SALÁRIO-FAMÍLIA			R\$
SALDO A RECEBER			R\$

2. QUINZENA

Mês	MANHÃ		TARDE		EXTRA		Mês Entrada
	Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída	
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27	07:00	12:00	13:00	19:00			
28	07:00	12:00	13:00	19:00			
29							
30	07:00	12:00	13:00	19:00			
31							

De conformidade com a Portaria MTE nº 3428/01 de 18/11/01, ante Carta do Fúrio subscrita, para todos os efeitos, o Quadro de Horas de Trabalho e Ficha de Horas de Trabalho Estivo.

**Nota** - CDD 150h TIPO RB

Recebi o saldo acima mencionado

DATA: *27/03/2020*  
Assinatura do empregado  
REGISTRO DE OCORRÊNCIAS

*[Handwritten mark]*

*[Handwritten mark]*

*[Handwritten mark]*



EMPREGADOR OU TERCIO SOCIO	
EMPREGADO	
C.N.S.T.	
ATIVIDADE ECONOMICA	

EMPREGADO	
Ivanir Cyp de Silva	
N. REGISTRO	N. CTP
FUNÇÃO	
Operador Limpeza	
PERÍODO TRABALHADO	
1 QUINZENA	
VALOR	
R\$ 200,00	

EMPRESA	INSCRIÇÃO ESTADUAL	CNPJ	PERÍODO SEMANAL
MAR			

Mês	Dias	MANHÃ		TARDE		EXTRA		Folgas	Extras
		Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída		
	1								
	2								
	3								
	4								
	5								
	6								
	7								
	8								
	9								
	10								
	11								
	12								
	13								
	14								
	15								

Divulga-se nos termos do Artigo 126 da Lei nº 13.174/2015, que altera o inciso IV do Artigo 126 da Constituição Federal, a fim de garantir a transparência e a publicidade das informações relativas ao patrimônio público, a fim de promover a eficiência e a integridade da administração pública.

000.17414.2015

	HORAS	R\$	VALORES
INDICADAS			R\$
EXTRAS			R\$
DESC. FAMILIA			R\$
SOMA		R\$	
INSS		R\$	
I.R. - FONTE (DEDUÇÕES)		R\$	
VALOR I.R. - F		R\$	
TOTAL DOS DESCONTOS		R\$	
CALCULO-FAMILIA		R\$	
SALDO A RECEBER		R\$	

2ª QUINZENA

Mês	Dias	MANHÃ		TARDE		EXTRA		Folgas	Extras
		Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída		
	16								
	17								
	18								
	19								
	20								
	21								
	22								
	23								
	24								
	25								
	26								
	27								
	28	07:00	13:00	14:00	19:00				
	29								
	30								
	31	07:00	13:00	14:00	19:00				

Recebi o salário acima mencionado

EMPRESA DO EMPREGADO  
EMPRESA DE OBRAS DE OBRAS

*[Handwritten signatures and initials]*



39  
20059/2011  
CBU

N.º CDEMI: \_\_\_\_\_ EMPREGADOR OU RAZÃO SOCIAL: \_\_\_\_\_  
 CATEG: \_\_\_\_\_ ATIVIDADE ECONOMICA: \_\_\_\_\_  
 EMPREGADO: Personagem A. Luano  
 N.º REGISTRO: \_\_\_\_\_ N.º CTP: \_\_\_\_\_ FUNÇÃO: Operário  
 LOCAL DE TRABALHO: Emp. Campanas 1.ª QUINZENA  
 MES: Maio ANO: 2010

Mês	Dia	MANHÃ		TARDE		EXTRA		Mora Extra
		Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída	
		1						
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								

De conformidade com o Decreto nº 1.928/11 de 10/11/11, pelo Conselho de Estado, para fins de registro de ocorrência em Conselho Nacional de Trabalho e Tribunal Regional do Trabalho

	HORAS	A.R.	TQMS
PRESENTE			61
EXTRA			25
	OPC. SEMIN.		10
SOMA			R\$ _____
INSS			R\$ _____
I.R. - FONTE (DEDUÇÕES)			R\$ _____
VALOR I.R. - F			R\$ _____
TOTAL DOS DESCONTOS			R\$ _____
SALÁRIO-FAMILIA			R\$ _____
SALDO A RECEBER			R\$ _____

2.ª QUINZENA

Mês	Dia	MANHÃ		TARDE		EXTRA		Mora Extra
		Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída	
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								
26								
27								
28								
29								
30								
31								

Recebi o saldo acima mencionado  
 DATA: \_\_\_\_\_ ASSINATURA: Personagem Luano  
 REGISTRO DE OCORRÊNCIAS:

*[Handwritten mark]*

*[Handwritten mark]*

*[Handwritten mark]*





40  
20059/2002  
CBU

N.º ORDEM		EMPREGADOR OU RAZÃO SOCIAL	
C.N.P.J.		ATIVIDADE ECONÔMICA	
EMPREGADO <i>Matheus S. Santos</i>			
N.º TÍTULO		N.º CTP	
N.º DO TRABALHO <i>Prof. de Campanha</i>		1.º QUINZENA	
Mês <i>Março</i>		Ano <i>2000</i>	
ENTRADA	IMPERATIVO PARA RECEBIMENTO	SAÍDA	FECHADO SEMANAL

DIA	MANHÃ		TARDE		EXTRA		Mês
	Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída	
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							

De acordo com a Lei nº 4.783/65, art. 12, § 1º, o empregado tem direito a 15 dias de férias anuais, para todos os efeitos, a contar da data de admissão no emprego.

**União** COD. 16013 TFO RB

	HORAS	VAL	TOTAL
NOCTURNAS			R\$
EXTRAS			R\$
DESC. SEMIN.			R\$
SOMA			R\$
INSS			R\$
I.R. - FONTE (DEDUÇÕES)			R\$
VALOR I.R. - F			R\$
TOTAL DOS DESCONTOS			R\$
SALÁRIO-FAMÍLIA			R\$
SALDO A RECEBER			R\$

2.º QUINZENA

DIA	MANHÃ		TARDE		EXTRA		Mês
	Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída	
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27	07:00			13:00			
28	07:00			13:00			
29							
30	07:00			13:00			
31							

Recebi o saldo acima mencionado

DATA: *11/03/2000* *Matheus Silva*  
Assinatura do empregado

REGISTRO DE OCORRÊNCIAS:

*P*

*P*

*P*



N.º ORDEM: \_\_\_\_\_ EMPREGADOR OU FAZENDA SOCIAL: \_\_\_\_\_  
 C.F.R.N.: \_\_\_\_\_ ATIVIDADE ECONÔMICA: \_\_\_\_\_  
 N.º TERMO: \_\_\_\_\_ N.º DA: \_\_\_\_\_  
 NOME DO EMPREGADO: Wagner PERÍODO: 15/01/2020 a 20/01/2020  
 NOME DO EMPREGADOR: Wagner PERÍODO: 15/01/2020 a 20/01/2020

	HORAS	A.E.D.	TOMAS
NORMAIS			R\$
EXTRAS			R\$
	DESP. REMUN.		R\$
SOMA			R\$
INSS			R\$
I.R. - FONTE (DEDUÇÕES)			R\$
VALOR I.R. - F			R\$
TOTAL DOS DESCONTOS			R\$
SALÁRIO-FAMÍLIA			R\$
SALDO A RECEBER			R\$

2. QUINZENA

Mês	Dia	MANHÃ		TARDE		EXTRA		Horas Extras
		Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída	
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								

Mês	Dia	MANHÃ		TARDE		EXTRA		Horas Extras
		Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída	
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								
26								
27								
28								
29		7:00	12:00	13:00	19:00			
30								
31		7:00	12:00	13:00	19:00			

De acordo com a Portaria MIB nº 3025/01 de 15/11/01, este Cartão de  
 Ponto, expedido para todos os estados, o Conselho Nacional de Trabalho e  
 para os Estados do Trabalho Especial.  
 CDD 15010 TIPO PD

Recebi o saldo acima mencionado

DATA: \_\_\_\_\_  
 Assinatura do Empregado  
 REGISTRO DE OCORRÊNCIAS

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten mark]*

*[Handwritten mark]*



42  
10059/100  
CPN

N.º ORDEM		EMPREGADOR OU MEIO SOCIAL	
C.N.P.J.		ATIVIDADE ECONÔMICA	
EMPREGADO <i>Helena Ramos</i>			
N.º REGISTRO		N.º CPF	
LOCAL DO TRABALHO		1.ª QUINZENA	
MESA		VENC.	

Z	MANHÃ		TARDE		EXTRA		Faltas Faltas
	Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída	
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							

De responsabilidade do empregador, o registro de horas trabalhadas deve ser feito em conformidade com o Plano de Registro de Horas Trabalhadas, aprovado pelo Conselho de Administração da Associação dos Empregados do Comércio e Indústria de São Paulo - Sincor/SP.

	HORAS	V.P.	TOTAL
NORMAIS			R\$
EXTRAS			R\$
DESC. FAMIN			R\$
SOMA			R\$
INSS			R\$
I.R. - FONTE (DEDUÇÕES)			R\$
VALOR I.R. - F			R\$
TOTAL DOS DESCONTOS			R\$
SALÁRIO-FAMÍLIA			R\$
SALDO A RECEBER			R\$

2.ª QUINZENA

N.º de DIAS	MANHÃ		TARDE		EXTRA		Faltas Faltas
	Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída	
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27							
28							
29							
30							
31							

13:00 19:00  
Recebi o saldo acima mencionado  
*[Assinatura]*  
Associação dos Empregados do Comércio e Indústria de São Paulo - Sincor/SP  
REGISTRO DE OCORRÊNCIAS

*[Assinatura]*

*[Assinatura]*

*[Assinatura]*





70  
20059/2010  
CBU

N. ORDEM: EMPREGADOR OU RAZÃO SOCIAL  
 CNPJ: ATIVIDADE ECONÔMICA  
 RAZÃO SOCIAL: *Indústria de Alimentos*  
 N. REGISTRO: N. CTPIS: PUNTO:  
 LOCAL DO TRABALHO: *Indústria de Alimentos* PERÍODO: 1: QUINZENA  
 MES: *maio* ANO: *2010*  
 ENTREGA: Nº DE FOLHAS: 15  
 Nº DE FOLHAS: 15

	HORAS	A-32	TOMAS
MONIAIS			R\$
ENTRAS			R\$
DESC. PAMUN			R\$
SOMA			R\$
INSS			R\$
I.R. - FONTE (DEDUÇÕES)			R\$
VALOR I.R. - F			R\$
TOTAL DOS DESCONTOS			R\$
SALÁRIO-FAMÍLIA			R\$
SALDO A RECEBER			R\$

2: QUINZENA

DIA	MANHÃ		TARDE		EXTRA		Horas Extras
	Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída	
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							

DIA	MANHÃ		TARDE		EXTRA		Horas Extras
	Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída	
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27							
28							
29	07:00	12:00	13:00	19:00			
30							
31	07:00	10:00	13:00	19:00			

De conformidade com a Portaria nº 11 de 15/11/01, do Conselho de Previdência, com todos os efeitos, o Conselho de Horário de Trabalho e Faltas do Município de Curitiba, Paraná.

Recebi o saldo acima mencionado  
 \_\_\_\_\_  
 REGISTRO DE FORTALECIMENTOS

*[Handwritten mark]*

*[Handwritten marks]*



20059/2010  
CBV

N.º ORDEM: \_\_\_\_\_ EMPREGADOR OU RAZÃO SOCIAL: \_\_\_\_\_

C.N.º: \_\_\_\_\_ ATIVIDADE ECONÔMICA: \_\_\_\_\_

EMPREGADO: *Wenderson M. Leal*

N.º RECIBO: \_\_\_\_\_ N.º CTPS: \_\_\_\_\_

LOCAL DO TRABALHO: *Quilombo* PERÍODO: **15 QUINZENA**

RECEBI: *20/08*

Mês/Ano	MANHÃ	TARDE		EXTRA		Faltas	Dias
		Entrada	Saida	Entrada	Saida		
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							

De conformidade com o Portaria MTE nº 300/01 de 10.11.01, este Certificado de Faltas, expedido pelo Instituto de Apoio ao Trabalhador de Minas Gerais, tem validade de 90 dias, contados a partir da data de emissão. Este certificado é de uso exclusivo do empregado.

**IBTECH** CUB 15549 TIVO RR

	FGIAS	AFIS	TOTAS
NORMAS			R\$
EXTRAS			R\$
DESC. SEMANAL			R\$
SOMA			R\$
INSS			R\$
I.R. - FONTE (DEDUÇÕES)			R\$
VALOR I.R. - F			R\$
TOTAL DOS DESCONTOS			R\$
SALÁRIO-FAMÍLIA			R\$
SALDO A RECEBER			R\$

2. QUINZENA

Mês/Ano	MANHÃ		TARDE		EXTRA		Faltas	Dias
	Entrada	Saida	Entrada	Saida	Entrada	Saida		
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								
26								
27	7:00	13:00	14:00	19:00				
28								
29	7:00	12:00	13:00	19:00				
30								
31	7:00	12:00	13:00	19:00				

Recebi o saldo acima mencionado

Assinatura do empregado

**REGISTRO DE OCORRÊNCIAS**

*Handwritten signature*

*Handwritten initials*



45  
20059/10U  
CBU

N.º ORDEM		EMPREGADOR OU RAZÃO SOCIAL					
CENTRO		ATIVIDADE ECONÔMICA					
EMPREGADO							
N.º REGISTRO		N.º CPF					
VIGÊNCIA		PERÍODO					
EMPREGADO		PERÍODO					
ENTRADA		INTERVALO PARA REFEIÇÃO					
SAÍDA		PERÍODO SEMANAL					
N.º DIA	MANHÃ		TARDE		EXTRA		Horas Extras
	Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída	
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							

De conformidade com o Portaria MP nº 302/01 de 10.11.01 este Quadro de Pontos substitui para todos os efeitos o Quadro de Frequência Trabalhista e Folha de Horas de Trabalho Extraordinário.

**Atenção:** COD. 1019 TIPO DE

	HORAS	VALOR	TOTAL
NOBREM		R\$	
EXTRAS		R\$	
	DEPC. REMUN.	R\$	
SOMA			R\$
INSS		R\$	
I.R. - FONTE (DEDUÇÕES)		R\$	
VALOR I.R. - F		R\$	
TOTAL DOS DESCONTOS		R\$	
SALÁRIO-FAMÍLIA		R\$	
SALDO A RECEBER			R\$

2.ª QUINZENA

N.º Dia	MANHÃ		TARDE		EXTRA		Horas Extras
	Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída	
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27							
28							
29							
30							
31							

Recebi o saldo acima mencionado

*[Assinatura]*  
REGISTRO DE OCORRÊNCIAS

*[Assinatura]*





N.º CRESSA: \_\_\_\_\_ EMPREGADOR OU AGENSIA SOCIAL: \_\_\_\_\_  
 CEN. PI: \_\_\_\_\_ ATIVIDADE ECONÔMICA: \_\_\_\_\_

EMPREGADO: Paulo Cesar Gomes Santana  
 N.º REGISTRO: \_\_\_\_\_ N.º CTP: \_\_\_\_\_

PERÍODO DE PAGAMENTO: 1ª QUINZENA  
 SALÁRIO: 1020

EMPRESA: \_\_\_\_\_ PERÍODO SEMANAL: \_\_\_\_\_

N.º Dias	MANHÃ		TARDE		EXTRA		H. Extras
	Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída	
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							

De acordo com a Portaria nº 11, de 10/11/01, em caráter de teste, aplicável aos trabalhadores do Distrito de Mirante de Trauberg e Povo de Mirante de Trauberg Exterior.  
 COD: 1012 TIPO: RT

	HORAS	A. P.	TOTAL
NORMAS			R\$
EXTRAS			R\$
DESC. RENAME			R\$
SOMA			R\$
INSS			R\$
I.R. - FONTE (DEDUÇÕES)			R\$
VALOR I.R. - F.			R\$
TOTAL DOS DESCONTOS			R\$
SALÁRIO-FAMÍLIA			R\$
SALDO A RECEBER			R\$

2ª QUINZENA

N.º Dias	MANHÃ		TARDE		EXTRA		H. Extras
	Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída	
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27							
28							
29							
30	07:00	12:00	13:00	17:00			
31	07:00	12:00	13:00	17:00			

Recebi o saldo acima mencionado  
Paulo Cesar Gomes Santana  
 Assinatura do Trabalhador  
 REGISTRO DE OCORRÊNCIAS:

*[Handwritten mark]*

*[Handwritten marks]*



47  
20059/2006  
CBU

N.º ORDEM: \_\_\_\_\_ EMPREGADOR OU RAZÃO SOCIAL: \_\_\_\_\_

CNPJ: \_\_\_\_\_ ATIVIDADE ECONÔMICA: \_\_\_\_\_

EMPREGADO: Edna Silva de Melo

N.º REGISTRO: \_\_\_\_\_ N.º CPF: \_\_\_\_\_ ENDEREÇO: Rua Gnt

LOCAL DE TRABALHO: Hospital Grawhos PERÍODO: 1ª QUINZENA

MÊS: março ANO: 2006

	HORAS	A R\$	TOTAL
NORMAIS			R\$
EXTRAS			R\$
	DECC. REMUN.		R\$
SOMA			R\$
INSS			R\$
I.R. - FONTE (DEDUÇÕES)			R\$
VALOR I.R. - F			R\$
TOTAL DOS DESCONTOS			R\$
SALÁRIO-FAMÍLIA			R\$
SALDO A RECEBER			R\$

2ª QUINZENA

N.º	MANHÃ		TARDE		EXTRA		N.º Horas Extras
	Entrada	Saida	Entrada	Saida	Entrada	Saida	
	1						
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							

N.º	DIA	MANHÃ		TARDE		EXTRA		Horas Extras
		Entrada	Saida	Entrada	Saida	Entrada	Saida	
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								
26								
27								
28								
29								
30								
31								

Recebi o saldo acima mencionado

DATA: \_\_\_\_\_ Assinatura do empregado

REGISTRO DE OCORRÊNCIAS

De conformidade com a Portaria MTE n.º 7026/01 de 10/11/01 este Cartão de Presença substitui para todos os efeitos o Cartão de Registro de Trabalho e Ficha de Registro de Trabalho Externo

CCO, 15x45 TIPO RE

*(Handwritten signatures and initials)*





EMPRESA		EMPREGADOR OU REGIÃO SOCIAL		
CNPJ		ATIVIDADE ECONÔMICA		
EMPREGADO <i>Van dos Santos Rocha</i>				
Nº REGISTRO		MUNICÍPIO <i>Itumbiara</i>		
LOCAL DO TRABALHO <i>Itumbiara - GO</i>		PERÍODO <i>15 QUINZENA</i>		
MÊS <i>Maio</i>		ANO <i>2020</i>		
ENTRADA	INFORMAÇÃO PARA VERIFICAÇÃO	SÁBADO	REQUISITO SEMANAL	
MANHÃ		TARDE		HORAS EXTRAS
Entrada	Saída	Entrada	Saída	
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

De acordo com a Portaria nº 004/2019 de 14/11/2019, este Cartão de Ponto, quando utilizado no Estado, é Quadro de Registro de Trabalho e Faltas de Trabalho de Trabalho Externo.

Itumbiara - GO - 15/05/2020

	HORAS	A R\$	YORIAS
NORMAIS			R\$
EXTRAS			R\$
	DESC. SEMAN		R\$
SOMA			R\$
INSS			R\$
I.R. - FONTE (DEDUÇÕES)			R\$
VALOR I.R. - F			R\$
TOTAL DOS DESCONTOS			R\$
SALÁRIO-FAMILIA			R\$
SALDO A RECEBER			R\$

2ª QUINZENA

Nº	Mês	MANHÃ		TARDE		EXTRA		Horas Extras
		Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída	
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								
26								
27								
28								
29								
30								
31								

Recebi o saldo acima mencionado

DATA

REGISTRO DE OCORRÊNCIAS

*[Handwritten signatures]*



47  
20059/2021  
CBU

N. OCSB: \_\_\_\_\_ EMPREGADOR OU RAZÃO SOCIAL

C.N.P.J: \_\_\_\_\_ ATIVIDADE ECONÔMICA

EMPREGADO: Angela R. Cavalcanti

N. REGISTRO: \_\_\_\_\_ N. C.T.S: \_\_\_\_\_ P. N. S. S.: \_\_\_\_\_

LOCAL DO TRABALHO: 15000 15 QUINZENA

ANO: 2020

	HORAS	A.R.	TOTAL
INFORMAS			R\$
ENTRADA			R\$
	DESC. REMUN.		R\$
	SOMA		R\$
INSS			R\$
I.R. - FONTE (DEDUÇÕES)			R\$
VALOR I.R. - F			R\$
TOTAL DOS DESCONTOS			R\$
SALÁRIO-FAMÍLIA			R\$
SALDO A RECEBER			R\$

2. QUINZENA

Mês	Dia	MANHÃ		TARDE		EXTRA		Horas Extras
		Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída	
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								

Mês	Dia	MANHÃ		TARDE		EXTRA		Horas Extras
		Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída	
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								
26								
27								
28		7:00	12:00	13:00	19:00			
29								
30		7:00	13:00	14:00	19:00			
31								

De acordo com o artigo 4º da Portaria DDB nº 3025-01 de 13-11-85, este cartão de ponto, utilizado para fins de efetuar o Cálculo de Horas de Trabalho Efetivo, não substitui o Registro de Ocorrências.

CCO 10010 1100 00

Recibo o saldo acima mencionado

*[Assinatura]*  
REGISTRO DE OCORRÊNCIAS

*[Assinatura]*









21  
20059/1070  
CBU

Nº ORDEM: \_\_\_\_\_ EMPREGADOR OU RAZÃO SOCIAL: \_\_\_\_\_  
 CNPJ: \_\_\_\_\_ ATIVIDADE ECONÔMICA: \_\_\_\_\_  
 EMPRESA DO: *Indústria para a Silva*  
 Nº REGISTRO: \_\_\_\_\_ N.º CTPS: \_\_\_\_\_ FUNÇÃO: *Operário*  
 VENCIMENTO: *R\$ 1.200,00* 1ª QUINZENA  
 FONE: *020*

DIA	ENTRADA		INTERVALO EM REPOUSO		SAÍDA		VENCIMENTO SEMANAL	
	MANHÃ		TARDE		EXTRA		Horas Entrada	Horas Saída
	Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída		
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								

Em conformidade com a Portaria nº 0020/04 de 10.11.04, este Cartão de Pontuação será válido para controle de horas e controle de faltas e atrasos.  
 Faltas de Pontuação Trabalhadas Externas  
 CDD: 15010 TIPO RB

	HORAS	VAL	TOTALS
INDICIAIS			R\$ _____
EXTRAS			R\$ _____
DESC. REMUN.			R\$ _____
SOMA			R\$ _____
INSS			R\$ _____
I.R. - FONTE (DEDUÇÕES)			R\$ _____
VALOR I.R. - F			R\$ _____
TOTAL DOS DESCONTOS			R\$ _____
SALÁRIO-FAMÍLIA			R\$ _____
SALDO A RECEBER			R\$ _____

2ª QUINZENA

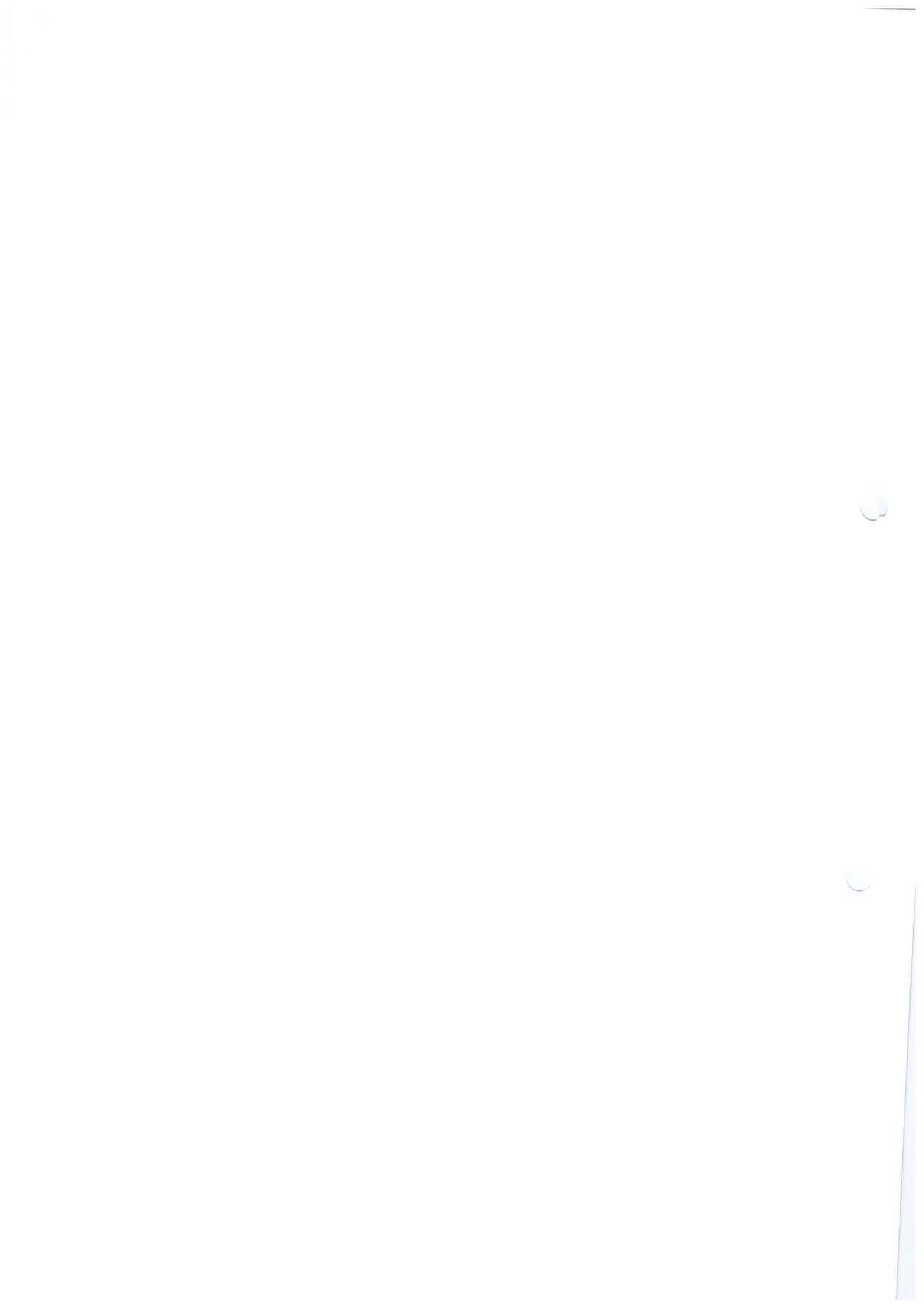
DIA	MANHÃ		TARDE		EXTRA		Horas Entrada	Horas Saída
	MANHÃ		TARDE		EXTRA			
	Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída		
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								
26								
27								
28	07:00	12:00	13:30	19:00				
29								
30	07:00	13:00	14:00	19:00				
31								

Recebi o devido acima mencionado

*[Assinatura]*  
 REGISTRO DE OCORRÊNCIAS

*l*

*A. D.*



52  
20059/1  
CB

N.º COMPA: \_\_\_\_\_ EMPRESA DE OU RAZÃO SOCIAL: \_\_\_\_\_  
 CNPJ: \_\_\_\_\_ ATIVIDADE ECONÔMICA: \_\_\_\_\_  
 EMPREGADO: Heliana Kus P. Maximat  
 N.º REGISTRO: \_\_\_\_\_ N.º CPF: \_\_\_\_\_ FUNÇÃO: R. Enf  
 LOCAL DO TP-BALBO: Hospital Guandu PERÍODO: QUINZENA  
 MES: maio ANO: 2020  
 DATA DE: \_\_\_\_\_ PERÍODO SEMANAL: \_\_\_\_\_

M. Nº	DIA	MANHÃ		TARDE		EXTRA		Hora-Extra
		Entrada	Saida	Entrada	Saida	Entrada	Saida	
1	09/05	07:30	12:00	13:00	19:00			
2								
3	10/05	07:30	12:00	13:00	19:00			
4								
5	11/05	07:30	12:00	13:00	19:00			
6								
7	12/05	07:30	12:00	13:00	19:00			
8								
9	13/05	07:30	12:00	13:00	19:00			
10								
11	14/05	07:30	12:00	13:00	19:00			
12								
13	15/05	07:30	12:00	13:00	19:00			
14								
15	16/05	07:30	12:00	13:00	19:00			

At. Controladora com a Função de N.º 1420/01 de 13/11/01, 2020, Cargo de  
 Função de N.º 1420/01, com início de exercício a partir de 13/11/01, 2020, em  
 nome de Heliana Kus P. Maximat, inscrita no CPF nº 000.000.000-00, inscrita no  
 CNPJ nº 000.000.000-00.  
 CDD 1000 200 05

INSCRIÇÃO	HORAS	- DE	EXCESSO
NOVISS			R\$
EXTRAS			R\$
DESC. FAMILIA			R\$
SOMA			R\$
INSS			R\$
I.R. - FONTE (DEDUÇÕES)			R\$
VALOR I.R. - F			R\$
TOTAL DOS DESCONTOS			R\$
SALÁRIO FAMILIA			R\$
SAÍDA A RECEBER			R\$

2ª QUINZENA

M. Nº	DIA	MANHÃ		TARDE		EXTRA		Hora-Extra
		Entrada	Saida	Entrada	Saida	Entrada	Saida	
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								
26								
27								
28								
29								
30	17/05	07:30	12:00	13:00	19:00			
31								

Recebi o saldo acima mencionado

REGISTRO DE OCORRÊNCIAS

*(Handwritten signatures and initials)*





5  
2009  
CB

N.º ORDEM EMPREGADOR OU RAZÃO SOCIAL  
 C.N.P.J. ATIVIDADE ECONÔMICA  
 EMPREGADO *Carina Lucia*  
 M. REGISTRO N.º CPF RUAÇÃO *Rua Prof. ...*  
 LOCAL DO TRABALHO *Emp. de Gouveia* PERÍODO *15/01/2009*  
 FOLHA *maneira* ANO *2009*

DIA	MANHÃ		TARDE		EXTRA		HORAS EXTRAS
	Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída	
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							

De conformidade com a Portaria MTE n.º 3020/01 de 12/11/01, pelo Conselho de Fomento, substitua, para todos os efeitos, o Conselho de Fomento de Trabalho e Renda do Estado de Goiás pelo Conselho de Trabalho e Renda do Estado de Goiás.

União - COD. 15-19 - TERC-EB

	HORAS	A R\$	TOTAL
MODIAMS			R\$
EXTRAS			R\$
DESC. REMUN.			R\$
SCMAA		R\$	
INSS		R\$	
I.R. - FONTE (DEDUÇÕES)		R\$	
VALOR I.R. - F		R\$	
TOTAL DOS DESCONTOS		R\$	
SALÁRIO-FAMÍLIA		R\$	
SALDO A RECEBER		R\$	

2.ª QUINZENA

DIA	MANHÃ		TARDE		EXTRA		HORAS EXTRAS
	Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída	
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27							
28	07:00	13:00	13:00	19:00			
29							
30	07:00	13:00	13:00	19:00			
31							

Recabi o saldo acima mencionado

*Carina Lucia*  
 Assinatura do Empregado  
 REGISTRO DE OCORRÊNCIAS

*[Handwritten signatures]*



N. DEBEM: EMPRESA DONA OU PAZÃO SOCIAL  
 CNPJ: ATIVIDADE ECONÔMICA:  
 ENTREGADOR: *Paula Brito S. Souza*  
 N. REGISTRO: N. CTPS: *12012*  
 LOCAL DO TRABALHO: *Atividade Quilombo* 1ª QUINZENA  
 N. ANO: *2015*

N. DIA	MANHÃ		TARDE		EXTRA		Hora Extra
	Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída	
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							

De conformidade com a Portaria 104 n. 2023-01 de 18/11/01, sob o signo do Ponto, suscitada para todas as situações, o Conselho de Normas do Trabalho e Ponto de Normas do Trabalho Baseado.

10016 COD 12010 TIPO RD

	HORAS	A 15	TARDE
NOSSA			
EXTRAS			
	DESC. SEMAN		
SOMA			R\$
INSS			R\$
I.R. - FONTE (DEDUÇÕES)			R\$
VALOR I.R. - F			R\$
TOTAL DOS DESCONTOS			R\$
SALÁRIO-FAMÍLIA			R\$
SALDO A RECEBER			R\$

20059/08  
 2ª QUINZENA

N. DIA	MANHÃ		TARDE		EXTRA		Hora Extra
	Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída	
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27							
28							
29	7:00	12:00	13:00	19:00			
30							
31	7:00	13:00	14:00	19:00			

Recebi o saldo acima mencionado

*Paula Brito S. Souza*

REGISTRO DE OCORRÊNCIAS

*[Handwritten signatures]*



5  
20059/  
08

N.º GREN: EMPREGADOR OU RAZÃO SOCIAL

C.M.F.A. NIVEL DE ECONOMICIDADE

UN. REG. ORG: *Rete Simoni Rochoso*

N.º REGISTRO: N.º CTPS: *116 014*

LOCAL DO TRABALHO: *Hospital Joaquim* PERÍODO: *15 QUINZENA*

Mês: *maio* ANO: *2020*

N.º INSCRIÇÃO	MANHÃ		TARDE		EXTRA		Mora Entrada
	Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída	
	1						
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							

De conformidade com o Portaria MTE n.º 382/94 de 15/11/94, este Cartão de Ponto substitui, para todos os efeitos, o Cartão de Registro de Trabalho e Hora.

Modelo CDS 1014 TIPO 215

	HÓRIAS	A.R.	TOMAS
NORMAIS			10
EXTRAS			10
DESC. FAMILIAR			15
SOMA			R\$
INSS			R\$
I.R. - FONTE (DEDUÇÕES)			R\$
VALOR I.R. - F			R\$
TOTAL DOS DESCONTOS			R\$
SALÁRIO-FAMILIA			R\$
SALDO A RECEBER			R\$

2: QUINZENA

N.º INSCRIÇÃO	MANHÃ		TARDE		EXTRA		Mora Entrada
	Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída	
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27							
28	07:00	13:00	14:00	19:00			
29							
30	07:00	13:00	14:00	19:00			
31							

Recabi o saldo acima mencionado

Assinatura do Empregado  
REGISTRO DE OCORRÊNCIAS

*[Handwritten signatures]*





N.º ORDEM ENTREGADOR FUNDAÇÃO SOCIAL

C.N.I. ATIVIDADE ECONÔMICA

EMPRESÁRIO  
*Raimundo da Oliveira*

INSCRIÇÃO ESTADUAL Nº. 0123456789

INSCRIÇÃO MUNICIPAL Nº. 123456789

LOCAL DE TRABALHO  
*Emprego de Guarda*

PERÍODO DE PAGAMENTO  
 15 DIAS

PERÍODO DE PAGAMENTO  
 15 DIAS

N.º	MANHÃ		TARDE		EXTRA		N.º
	Entrada	Saida	Entrada	Saida	Entrada	Saida	
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							

De conformidade com a Portaria nº 111, de 20 de 11 de 1994, do Ministério do Trabalho, o empregado deverá assinar este documento em duas vias, uma para o empregador e outra para o empregado, sendo assinada pelo empregador e pelo empregado.

EMPRESÁRIO: *Raimundo da Oliveira*

EMPREGADO: *Raimundo da Oliveira*

	HORAS	VALOR	TOTAL
NORMAIS			R\$
EXTRAS			R\$
DESC. FAM. UN.			R\$
SOMA			R\$
INSS			R\$
I.R. - FONTE (DEDUÇÕES)			R\$
VALOR I.R. - F			R\$
TOTAL DOS DESCONTOS			R\$
SALÁRIO-FAMÍLIA			R\$
SAÍDO A RECEBER			R\$

5  
20059/06  
2.º QUINZENA

N.º	DIAS	MANHÃ		TARDE		EXTRA		Horas Extras
		Entrada	Saida	Entrada	Saida	Entrada	Saida	
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								
26								
27								
28								
29								
30								
31								

Recebi o saldo acima mencionado

EMPRESÁRIO: *Raimundo da Oliveira*

EMPREGADO: *Raimundo da Oliveira*

REGISTRO DE OCORRÊNCIAS

*R*  
*OK*



20059  
C

EMPREGADOR OU RAZÃO SOCIAL

EMPREGADO

ATIVIDADE ECONÔMICA

1: QUINZENA

MANHÃ TARDE EXTRA

N.º INSCRIÇÃO	MANHÃ		TARDE		EXTRA		Horas Extras
	Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída	
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							

De conformidade com o Artigo 158 do Decreto nº 24.641 de 20/06/64, sobre as  
 regras, submetido a este plano de trabalho ao Conselho de Administração, mediante a  
 aprovação do Conselho de Administração.

15/05/05 OUV 10004 2400 RB

	NORAS	A. 05	TOTAL
NORMAIS			R\$
EXTRAS			R\$
DETC FAMUN			R\$
SOMA			R\$
INSS			R\$
I.R. - FONTE (DEDUÇÕES)			R\$
VALOR I.R. - F			R\$
TOTAL DOS DESCONTOS			R\$
SALÁRIO-FAMÍLIA			R\$
SALDO A RECEBER			R\$

2: QUINZENA

N.º INSCRIÇÃO	MANHÃ		TARDE		EXTRA		Horas Extras
	Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída	
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27							
28							
29							
30	07:00	13:00	13:00	19:00			
31							

Receber o valor acima mencionado

DATA

ASSINATURA DE CORRENTIAS

*[Handwritten signatures]*





5  
10059/2  
01

N. ORDEM EMPREGADOR OU RAZÃO SOCIAL

C.N.F.J. ATIVIDADE ECONÔMICA

EMPREGADO *Marcia Pontes Plus*

N. REGISTRO N. CTPS RUM

LOCAL DO TRABALHO

PERÍODO 1: QUINZENA

MES *maio* ANO *2020*

N. Mes Dias	MANHÃ		TARDE		EXTRA		Faltas Contrat.
	Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída	
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							

De conformidade com a Portaria MTE n.º 2022/91 de 10/11/81, este Cartão de Ponto, utilizado para todos os efeitos, é Ousado de Hora de Trabalho e Fone de Hora, de Registro Externo

**Modelo** CDD 10010 TIPO RB

	HORAS	A RE	NOTAS
REGULARES			R\$
EXTRAS			R\$
DESC. REMUN.			R\$
SOMA			R\$
INSS			R\$
I.R. - FONTE (DEDUÇÕES)			R\$
VALOR I.R. - F			R\$
TOTAL DOS DESCONTOS			R\$
SALÁRIO-FAMÍLIA			R\$
SALDO A RECEBER			R\$

2: QUINZENA

N. Mes Dias	MANHÃ		TARDE		EXTRA		Faltas Estatos
	Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída	
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27							
28	7:00	12:00	13:00	14:00			
29							
30	7:00	13:00	14:00	14:00			
31							

Recebi o saldo acima mencionado

Assinatura do Empregado  
REGISTRO DE OCORRÊNCIAS

*[Handwritten signatures]*



20059/0  
CE

N.º ORDEM: \_\_\_\_\_ EMPREGADOR OU RAZÃO SOCIAL: \_\_\_\_\_  
 CNPJ: \_\_\_\_\_ ATIVIDADE ECONÔMICA: \_\_\_\_\_  
 RUA: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_  
 N.º REGISTRO: \_\_\_\_\_ N.º CPF: \_\_\_\_\_ FUNDO: \_\_\_\_\_  
 LOCAL DO TRABALHO: \_\_\_\_\_ 1.ª QUINZENA  
 MES: \_\_\_\_\_ ANO: \_\_\_\_\_  
 RUA: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_

DIA	MANHÃ		TARDE		EXTRA		Faltas Entrada
	Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída	
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							

Se o empregador não é Portador de RCP nº 10-11/01, deve, obrigatoriamente, apresentar, para efeito de emissão do Certificado de Trabalho, a Declaração de Trabalho assinada pelo empregador, emitida pelo Conselho de Trabalho da Empresa.

	HORAS	A.R.S.	TOTALS
NORMAIS			R\$
EXTRAS			R\$
DESC. REMUN.			R\$
SOMA			R\$
INSS			R\$
I.R. - FONTE (DEDUÇÕES)			R\$
VALOR I.R. - F			R\$
TOTAL DOS DESCONTOS			R\$
SALÁRIO-FAMÍLIA			R\$
SAÍDA A RECEBER			R\$

2.ª QUINZENA

DIA	MANHÃ		TARDE		EXTRA		Faltas Entrada
	Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída	
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27							
28							
29							
30							
31							

Recebi o saldo acima mencionado

DECLARAÇÃO DO EMPREGADO  
 REGISTRO DE OCORRÊNCIAS

*(Handwritten signatures and initials)*



6  
20059/  
CB

N. DEBEM		EMPREGADOR/CU RENTADO SOCIAL	
C.N.P.J.		ATIVIDADE ECONOMICA	
EMPREGADO <i>Tubiana Hissaguma</i>			
N. DEBEM	N. CTP	F. ASS. <i>União</i>	
LOCAL DO TRABALHO		15 QUINZENA	
RUBRICA		RUBR. <i>2020</i>	
RUBR. 1		RUBR. 2	
RUBR. 3		RUBR. 4	
RUBR. 5		RUBR. 6	
RUBR. 7		RUBR. 8	
RUBR. 9		RUBR. 10	
RUBR. 11		RUBR. 12	
RUBR. 13		RUBR. 14	
RUBR. 15		RUBR. 16	

	DIARIAS	AFS	TOTALS
NORMAIS			R\$
EXTRA:			R\$
	DESC. FAM. UN		R\$
SOMA			R\$
INSS			R\$
I.R. - FONTE (DEDUÇÕES)			R\$
VALOR I.R. - F.			R\$
TOTAL DOS DESCONTOS			R\$
SALÁRIO-FAMÍLIA			R\$
SALDO A RECEBER			R\$

2. QUINZENA

N.º DIAS	MANHÃ		TARDE		EXTRA		Horas Extras
	Entrada	Saida	Entrada	Saida	Entrada	Saida	
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27	07:00	12:00	13:00	19:00			
28							
29	07:00	12:00	13:00	19:00			
30							
31	07:00	12:00	13:00	19:00			

De acordo com a Portaria 526 de 2005 de 12/11/05 - este Cartão de Ponto, Tubiana, pertencente ao quadro de Quadro de Normas de Trabalho e Ponto de Responsabilidade, Exemplo.

Recebi o saldo acima mencionado

*Tubiana Hissaguma*  
REGISTRO DE FÉRIAS

*[Handwritten signature]*





6  
20059/1  
CF

N. ORDEM: \_\_\_\_\_ EMPRESA: \_\_\_\_\_ OU RAZÃO SOCIAL: \_\_\_\_\_  
 C.N.P.J.: \_\_\_\_\_ ATIVIDADE ECONÔMICA: \_\_\_\_\_  
 EMPREGADO: Roberto de C. Russo  
 N. REGISTRO: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_\_\_ RUA: \_\_\_\_\_

EMPRESA: Hospital Guarulhos QUINZENA: \_\_\_\_\_  
 MES: Março ANO: 2010  
 EMPRESA: \_\_\_\_\_ INTERVALO PARA REFEIÇÃO: \_\_\_\_\_ S. INÍC: \_\_\_\_\_ S. TÉRMINO SEMANAL: \_\_\_\_\_

N. DIA	MANHÃ		TARDE		EXTRA		Hora: Entrada
	Entrada	Saída	Entrada	Saída	Início	Saída	
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							

De acordo com a Portaria MTE n. 3026/07 de 19/11/07, todo Cartão de Faltas emitido, por qualquer motivo, o Distrito do Trabalho e Rua de Serviço de Faltas Emitido  
 Ultra 00015810 270 RR

	HORAS	A. 1/4	TOTAL
NORMAIS			R\$
EXTRAS			R\$
DESC. SEMAN			R\$
SOMA			R\$
INSS			R\$
I.R. - FONTE (DEDUÇÕES)			R\$
VALOR I.R. - F			R\$
TOTAL DOS DESCONTOS			R\$
SALÁRIO-FAMÍLIA			R\$
SALDO A RECEBER			R\$

2ª QUINZENA

N. DIA	MANHÃ		TARDE		EXTRA		Hora: Entrada
	Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída	
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27							
28							
29							
30							
31							

Recebi o salário acima mencionado  
 DATA: \_\_\_\_\_ ASSINATURA: Roberto de C. Russo  
 REGISTRO DE OCORRÊNCIAS

*[Handwritten signatures]*



20059/1  
OB

N.º ORDEM		EMPREGO-POR OBTENÇÃO SOCIAL					
C.M.F.E.			ATIVIDADE ECONÓMICA				
EMPREGADOR <i>Resumo T&amp;F</i>							
N.º REGISTRO		N.º C.T.S.		R.A.S.			
LOCAL DO TRABALHO <i>1: QUINZENA</i>							
ANO <i>2010</i>							
ENTRADA		INTERVALO PARA MERCAÇÃO		SARDA		REPOUSO SEMANAL	
N.º DE HORAS	MANHÃ		TARDE		EXTRA		N.º DE DIAS
	Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída	
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							

De acordo com o artigo 10.º do Decreto-Lei n.º 151/79, de 28.11.79, para o cálculo do período de férias, deve-se considerar o período de trabalho efetivo.

1000 1000 1000 1000

	FORAS	A.F.	TOTAIS
NORMAS			R\$
EXTRAS			R\$
	DESC. SEMUN.		R\$
SOMA			R\$
INSS			R\$
I.R. - FONTE (DEDUÇÕES)			R\$
VALOR I.R. - F			R\$
TOTAL DOS DESCONTOS			R\$
SALÁRIO-FAMÍLIA			R\$
SAÍDO A RECEBER			R\$

2.º QUINZENA

N.º DE HORAS	MANHÃ		TARDE		EXTRA		Horas Extras
	Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída	
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27							
28							
29							
30							
31							

*1300 1900*  
*13.00 19.00*

Resolvi o valor acima mencionado  
*Adriano Leite Silva*  
REGISTRO DE OCORRÊNCIAS

*Handwritten signatures and initials*



2005/1  
C.

2ª QUINZENA

N. ORDEM		EMPREGADOR OU EMPREGADO SOCIAL					
C.N.P.J.		ATIVIDADE ECONOMICA					
EMPREGADO <b>Silvana Araújo Santos</b>							
M. REGISTRO		MUNICÍPIO					
M. C.P.S.		MUNICÍPIO					
LOCAL DO TRABALHO <b>Hospital Granalhos</b>		PERÍODO <b>15 QUINZENA</b>					
Mês <b>maio</b>		ANO <b>2000</b>					
ENTRADA		INTERVALO PARA BENEFÍCIO					
SAÍDA		DEFÉCITO SEMANAL					
M. HORA DIA	MANHÃ		TARDE		EXTRA		Horas Extras
	Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída	
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							

	NORMAS	RE	TODAS
NORMAIS			RE
EXTRAS			RE
	DESC. REMUN.		RE
		SOMA	R\$
INSS			R\$
I.R. - FONTE (DEDUÇÕES)			R\$
VALOR I.R. - F			R\$
			R\$
TOTAL DOS DESCONTOS			R\$
SALÁRIO FAMILIA			R\$
SAÍDA A RECEBER			R\$

M. HORA DIA	MANHÃ		TARDE		EXTRA		Horas Extras
	Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída	
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27							
28							
29							
30							
31							

De conformidad con la Ley Federal del Trabajo, artículo 147, inciso II, del Libro Segundo de la Ley Federal del Trabajo, para todos los efectos de la Ley Federal del Trabajo, se declara que el presente es un documento válido.

Recebi o saldo acima mencionado  
**Silvana Araújo Santos**  
 Empregada Social  
 REGISTRO DE OCORRÊNCIAS

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten mark]*





N. CIDADE		EMPREGADOR OU FAZENDA SOCIAL				
C.N.P.J.		ATIVIDADE ECONÔMICA				
EMPREGADO <i>Antônio da Silva</i>						
N. REGISTRO	N. CTPS	PONTOS <i>100</i>				
LOCAL DO QUE-SE-FAZ <i>15-Quilômetro</i>						
PERÍODO <i>15/01/00</i>						
DATA	UNIDADE	INTERVALO PARA REFEIÇÃO	PERÍODO SEMANAL			
DIA	MANHÃ		TARDE	EXTRA	Ponto-Entrada	
	Entrada	Saída	Entrada	Saída		Entrada
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						

De conformidade com o Portaria 100 n. 3625 01 de 18-11-01, este Cartão de Ponto, emitido, para efeito de registro, o Centro de Registro de Trabalho e Ponto do Município de Toledo, Paraná.

**Hilroy** CDD 12010 TIPO RB

200591  
C

	HORAS	A.F.T.	TOTALS
NORMAIS			R\$
ENTRAS			R\$
	DESC. FAMIN		R\$
SOMA			R\$
INSS			R\$
I.R. - FONTE (DEDUÇÕES)			R\$
VALOR I.R. - F			R\$
			R\$
TOTAL DOS DESCONTOS			R\$
SALÁRIO-FAMÍLIA			R\$
SALDO A RECEBER			R\$

2.ª QUINZENA

DIA	MANHÃ		TARDE		EXTRA		Ponto-Entrada
	Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída	
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27	07:30	14:00	14:00	19:00			
28							
29	07:30	14:00	14:00	19:00			
30							
31	07:30	14:00	14:00	19:00			

Recebi o saldo acima mencionado

DATA

REGISTRO DE OCORRÊNCIAS

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten mark]*



20059  
CB

2ª QUINZENA

N.º ORDEM EMPREGADOR OU RAZÃO SOCIAL  
 C.N.P.J. ATIVIDADE ECONÔMICA  
 EMPREGADO: Vaimirán Vilela Santos  
 N.º REGISTRO N.º C.T.S. FUNÇÃO

LOCAL DO TRABALHO: 1ª QUINZENA

ME: maio ANO: 2010

ENTRADA INTERVALO PARA REFEIÇÃO SAÍDA REPOUSO SEMANAL

N.º DIAS	MANHÃ		TARDE		EXTRA		Horas Extras
	Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída	
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							

De conformidade com o Regulamento nº 2058 de 15/11/01, sob o Poder de Polícia, adotado para todos os empregados inscritos no Registro de Trabalho e Folha de Pagamento de Trabalho Emprego  
 CCO 15049 TIPO RB

	HORAS	A.R.S	TOTAIS
INSCRIÇÃO			R\$
ENTRADA			R\$
DESC. FAMIN			R\$
SOMA			R\$
INSS			R\$
I.R. - FONTE (DEDUÇÕES)			R\$
VALOR I.R. - F			R\$
TOTAL DOS DESCONTOS			R\$
SALÁRIO-FAMÍLIA			R\$
SALDO A RECEBER			R\$

N.º DIAS	MANHÃ		TARDE		EXTRA		Horas Extras
	Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída	
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27							
28	07:00	13:00	14:00	19:00			
29							
30	07:00	13:00	14:00	19:00			
31							

Recebi o saldo acima mencionado

Vaimirán Vilela Santos

DATA: 27

REGISTRO DE COREN-SISTEMAS

f  
Dr.  
re



10059/1  
CA

N.º ORDEM EMPREGADOR OU BARRÃO SOCIAL  
C.N.F.I. ATIVIDADE ECONÔMICA

EMPREGADO  
N.º REGISTRO NOME FUNÇÃO  
LUCIANO DE MOURA #QUINZENA

VALORES  
MÊS ANO  
2020

N.º DIAS	MANHÃ		TARDE		EXTRA		Horas Extras
	Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída	
	1						
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							

De acordo com o art. 1º da Portaria nº 3620/01 de 14.11.01, este Cartão de Ponto substitui, para todos os efeitos, o Quadro de Horas de Trabalho, e ficará anexado ao Livro de Registro de Ponto.

10059/1 000.12012 190 RB

	HORAS	R\$	TOTALS
NORMAIS			R\$
EXTRAS			R\$
DEP. FAM. UN.			R\$
SOMA		R\$	
INSS		R\$	
I.R. - FONTE (DEDUÇÕES)		R\$	
VALOR I.R. - F		R\$	
TOTAL DOS DESCONTOS		R\$	
SALÁRIO-FAMÍLIA		R\$	
SALDO A RECEBER		R\$	

2.ª QUINZENA

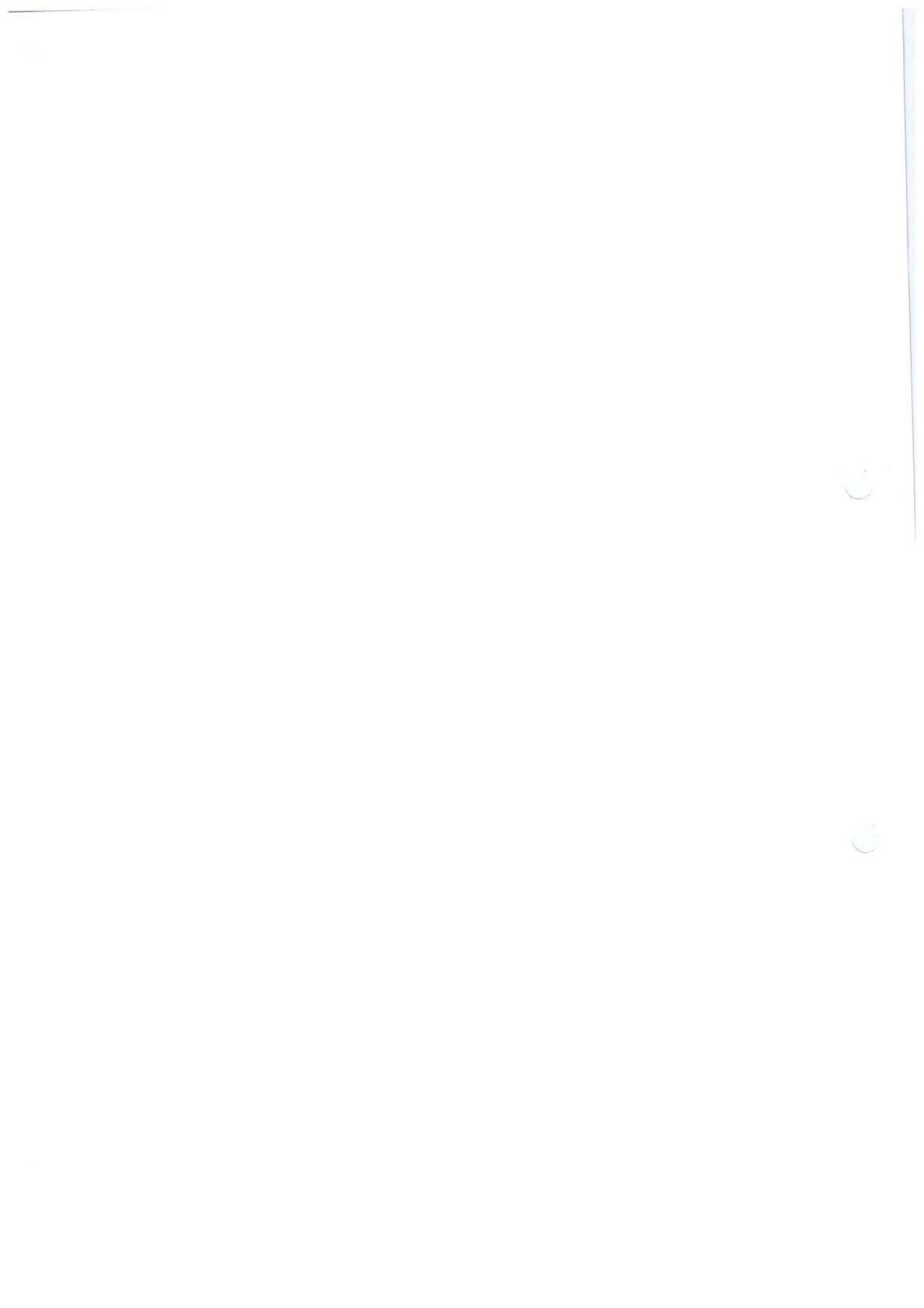
N.º DIAS	MANHÃ		TARDE		EXTRA		Horas Extras
	Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída	
	16						
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27							
28							
29							
30							
31							

Recebi o valor acima mencionado

Assinatura do Empregado  
REGISTRO DE OCORRÊNCIAS

Handwritten signature

Handwritten mark





20059  
0

N.º ORDEM		EMPREGADOR OU RAZÃO SOCIAL					
C.N.P.J.		ATIVIDADE ECONÔMICA					
EMPREGADO <b>Lilli Cristina C. Mendes</b>							
N.º REGISTRO	N.º CTPS	FUNÇÃO					
LOCAL DO TRABALHO <b>Resp. Campanha Sur</b>		1.ª QUINZENA					
MÊS <b>Abril</b>		ANO <b>2020</b>					
Me. de Trab.	ENTRADA	INTERVALO PARA REFEIÇÃO	SAÍDA				
			REFÚSICO SEMANAL				
H. N.º DIAS	MANHÃ		TARDE		EXTRA		Horas Extras
	Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída	
1							
2	19:00	00:00	07:00	07:00			
3							
4	19:00	00:00	07:00	07:00			
5							
6	19:00	00:00	07:00	07:00			
7							
8	19:00	00:00	07:00	07:00			
9							
10	19:00	00:00	07:00	07:00			
11							
12	FOLGA						
13							
14	19:00	00:00	07:00	07:00			
15							

\*De conformidade com a Portaria Mtb n.º 3628/91 de 13/11/91, este Cartão de Ponto, substitui, para todos os efeitos, o Quadro de Horário de Trabalho e Ficha de Horário de Trabalho Externo.

**tilibra** CÔD 15019 TIPO RB

	HORAS	A R\$	TOTAIS
NORMAIS			R\$
EXTRAS			R\$
	DESC. REMUN.		R\$
SOMA			R\$
INSS			R\$
I.R. - FONTE (DEDUÇÕES)			R\$
VALOR I.R. - F			R\$
TOTAL DOS DESCONTOS			R\$
SALÁRIO-FAMÍLIA			R\$
SALDO A RECEBER			R\$

2.ª QUINZENA

H. N.º DIAS	MANHÃ		TARDE		EXTRA		Horas Extras
	Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída	
16	19:00	00:00	07:00	07:00			
17							
18	19:00	00:00	07:00	07:00			
19							
20	FOLGA						
21							
22	19:00	00:00	07:00	07:00			
23							
24	19:00	00:00	07:00	07:00			
25							
26	19:00	00:00	07:00	07:00			
27							
28	FOLGA						
29	07:00	12:00	13:00	17:00			
30	06:30	12:00	13:00	15:30			
31							

Recebi o saldo acima mencionado  
 DATA / / **Lilli Cristina C. Mendes**  
 Assinatura do Empregado  
 REGISTRO DE OCORRÊNCIAS:

*[Handwritten signature]*



6  
20059/2  
CBI

N. ORDEM \_\_\_\_\_ EMPREGADOR OU RAZÃO SOCIAL \_\_\_\_\_  
 C.N.P.J. \_\_\_\_\_ ATIVIDADE ECONÔMICA \_\_\_\_\_

EMPREGADO Celine Soares Pereira  
 N. REGISTRO \_\_\_\_\_ N. CTPS \_\_\_\_\_ FUNÇÃO em t<sup>e</sup>

LOCAL DO TRABALHO Dep. de Campanha Jus 1: QUINZENA  
 MÊS Julho ANO 2020

ENTRADA \_\_\_\_\_ INTERVALO PARA REFEIÇÃO \_\_\_\_\_ SAÍDA \_\_\_\_\_ REPOUSO SEMANAL \_\_\_\_\_

H. Nar. DIAS	MANHÃ		TARDE		EXTRA		Horas Extras	
	Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída		
	1	07:00	13:00	14:00	19:00			
2								
3	07:00	13:00	14:00	19:00				
4								
5	07:00	13:00	14:00	19:00				
6								
7	19:00	23:00	00:00	07:00				
8								
9	19:00	23:00	00:00	07:00				
10								
11	19:00	23:00	00:00	07:00				
12								
13	19:00	23:00	00:00	07:00				
14								
15	Folga							

De conformidade com a Portaria Mtb n. 3628/91 de 13/11/91, este Cartão de Ponto, substitui, para todos os efeitos, o Quadro de Horário de Trabalho e Fichas de Horário de Trabalho Externo.  
 tibra CÓD. 15019 TIPO RB

	HORAS	A R\$	TOTAIS
NORMAIS			R\$
EXTRAS			R\$
DESC. REMUN.			R\$
SOMA			R\$
INSS			R\$
I.R. - FONTE (DEDUÇÕES)			R\$
VALOR I.R. - F			R\$
TOTAL DOS DESCONTOS			R\$
SALÁRIO-FAMÍLIA			R\$
SALDO A RECEBER			R\$

2ª QUINZENA

H. Nar. DIAS	MANHÃ		TARDE		EXTRA		Horas Extras
	Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída	
16	19:00	23:00	00:00	07:00			
17	↑						
18	19:00	23:00	00:00	07:00			
19	↑						
20	19:00	23:00	00:00	07:00			
21	Folga						
22	19:00	23:00	00:00	07:00			
23	19:00	23:00	00:00	07:00			
24							
25	19:00	23:00	00:00	07:00			
26							
27	19:00	23:00	00:00	07:00			
28	folga						
29	folga						
30							
31							

Recebi o saldo acima mencionado

DATA / / \_\_\_\_\_ Assinatura do Empregado  
 REGISTRO DE OCORRÊNCIAS

*[Handwritten signatures]*





6  
20059/2  
CBA

N.º ORDEM		EMPREGADOR OU RAZÃO SOCIAL					
C.N.P.J.		ATIVIDADE ECONÔMICA					
EMPREGADO <i>Alexandra Ap. Lemos</i>							
N.º REGISTRO		N.º CTPS					
LOCAL DO TRABALHO <i>Hospital Guarulhos</i>		FUNÇÃO <i>R. Enfermagem</i>					
MÊS <i>Abril</i>		ANO <i>2020</i>					
ENTRADA		INTERVALO PARA REFEIÇÃO					
SAÍDA		REPÓSICO SEMANAL					
H. No. DIAS	MANHÃ		TARDE		EXTRA		Horas Extras
	Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída	
1							
2	07:00	12:00	13:00	19:00			
3							
4	07:00	13:00	14:00	19:00			
5							
6	07:00	12:00	13:00	19:00			
7							
8	07:00	12:00	13:00	19:00			
9							
10		FOLGA					
11							
12	07:00	12:00	13:00	19:00			
13							
14	07:00	12:00	13:00	19:00			
15							

"De conformidade com a Portaria Mtb n.º 3628/91 de 13/11/91, este Cartão de Ponto, substitui, para todos os efeitos, o Quadro de Horário de Trabalho e Ficha de Horário de Trabalho Externo."

 COD. 15019 TIPO RB

	HORAS	A R\$	TOTAIS
NORMAIS			R\$
EXTRAS			R\$
DESC. REMUN.			R\$
SOMA			R\$
INSS			R\$
I.R. - FONTE (DEDUÇÕES)			R\$
VALOR I.R. - F			R\$
TOTAL DOS DESCONTOS			R\$
SALÁRIO-FAMÍLIA			R\$
SALDO A RECEBER			R\$

2.ª QUINZENA

H. No. DIAS	MANHÃ		TARDE		EXTRA		Horas Extras
	Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída	
16	07:00	12:00	13:00	19:00			
17							
18	07:00	12:00	13:00	19:00			
19	07:00	12:00	13:00	19:00			
20		FOLGA					
21	07:00	12:00	13:00	19:00			
22	07:00	12:00	13:00	19:00			
23	07:00	12:00	13:00	19:00			
24	07:00	12:00	13:00	19:00			
25							
26	07:00	12:00	13:00	19:00			
27							
28	07:00	12:00	13:00	19:00			
29							
30		FOLGA					
31							

Recebi o saldo acima mencionado

DATA / / *Alexandra Ap. Lemos*  
Assinatura do Empregado

REGISTRO DE OCORRÊNCIAS:

*[Handwritten signature]*



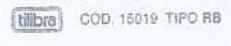


70  
20059/2007  
CPV

N.º ORDEM		EMPREGADOR OU RAZÃO SOCIAL	
C.N.P.J.		ATIVIDADE ECONÔMICA	
EMPREGADO <i>Alexandra Machado Alcântara</i>			
N.º REGISTRO		N.º CTPS	
LOCAL DO TRABALHO <i>Hospital Guarulhos</i>			
MÊS <i>Abril</i>		ANO <i>2020</i>	

H. N.º DIAS	MANHÃ		TARDE		EXTRA		Horas Extras
	Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída	
1							
2	07:00	12:00	13:00	19:00			
3							
4	07:00	12:00	13:00	19:00			
5							
6	07:00	12:00	13:00	19:30			
7							
8	07:00	12:00	13:00	19:00			
9							
10							
11							
12	07:00	13:00	14:00	19:00			
13							
14	07:00	12:00	13:00	19:00			
15							

"De conformidade com a Portaria Mtb nº 3626/91 de 13/11/91, este Cartão de Ponto, substitui, para todos os efeitos, o Quadro de Horário de Trabalho e Ficha de Horário de Trabalho Externo."



	HORAS	A R\$	TOTAIS
NORMAIS			R\$
EXTRAS			R\$
DESC. REMUN.			R\$
SOMA			R\$
INSS			R\$
I.R. - FONTE (DEDUÇÕES)			R\$
VALOR I.R. - F			R\$
TOTAL DOS DESCONTOS			R\$
SALÁRIO-FAMÍLIA			R\$
SALDO A RECEBER			R\$

2.ª QUINZENA

H. N.º DIAS	MANHÃ		TARDE		EXTRA		Horas Extras
	Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída	
16	07:00	13:00	14:00	19:00			
17							
18	07:00	13:00	14:00	19:20			
19							
20	7:00	13:00	14:00	19:00			
21							
22	FOLGA						
23							
24	7:00	13:00	14:00	19:00			
25							
26	07:00	12:00	13:00	19:00			
27							
28	07:00	12:00	13:00	19:00			
29							
30	FOLGA						
31							

Recebi o saldo acima mencionado

DATA / / ..... Assinatura do Empregado  
REGISTRO DE OCORRÊNCIAS:

*[Handwritten signature]*



N.º ORDEM		EMPREGADOR OU RAZÃO SOCIAL					
C.N.P.J.		ATIVIDADE ECONÔMICA					
EMPREGADO <i>Alexsandra Rodrigues Siqueira</i>							
N.º REGISTRO		N.º CTPS					
LOCAL DO TRABALHO <i>Mosp. Campanha Jus</i>		FUNÇÃO <i>sc. ent</i>					
MÊS <i>Abril</i>		ANO <i>2020</i>					
1ª QUINZENA		2ª QUINZENA					
Hor. de Trab.	ENTRADA	INTERVALO PARA REFEIÇÃO	SAÍDA				
Reposo SEMANAL							
H. N.º DIAS	MANHÃ		TARDE		EXTRA		Horas Extras
	Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída	
1	07:00	12:00	13:00	19:00			
2							
3	07:00	12:00	13:00	19:00			
4							
5	07:00	12:00	13:00	19:00			
6							
7	07:00	12:00	13:00	19:00			
8							
9	folga						
10							
11	07:00	12:00	13:00	19:00			
12							
13	07:00	12:00	13:00	19:00			
14							
15	folga						

\*De conformidade com a Portaria Mtb n.º 3926/91 de 13/11/91, este Cartão de Ponto, substitui, para todos os efeitos, o Quadro de Horário de Trabalho e Ficha de Horário de Trabalho Externa\*

 CÓD. 15019 TIPO RB

	HORAS	A R\$	TOTAIS
NORMAIS			R\$
EXTRAS			R\$
DESC. REMUN.			R\$
SOMA			R\$
INSS			R\$
I.R. - FONTE (DEDUÇÕES)			R\$
VALOR I.R. - F			R\$
TOTAL DOS DESCONTOS			R\$
SALÁRIO-FAMÍLIA			R\$
SALDO A RECEBER			R\$

2ª QUINZENA

H. N.º DIAS	MANHÃ		TARDE		EXTRA		Horas Extras
	Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída	
16							
17	07:00	12:00	13:00	19:00			
18							
19	07:00	12:00	13:00	19:00			
20							
21	folga						
22							
23	07:00	12:00	13:00	19:00			
24							
25	07:00	12:00	13:00	19:00			
26							
27	07:00	12:00	13:00	19:00			
28							
29	07:00	12:00	13:00	19:00			
30							
31							

Recebi o saldo acima mencionado  
 DATA / / *Alexsandra Rodrigues Siqueira*  
 Assinatura do Empregado  
 REGISTRO DE OCORRÊNCIAS:

*A. Siqueira*





N.º ORDEM \_\_\_\_\_ EMPREGADOR OU RAZÃO SOCIAL \_\_\_\_\_  
 C.N.P.J. \_\_\_\_\_ ATIVIDADE ECONÔMICA \_\_\_\_\_  
 EMPREGADO Carla Paula R. Paiano  
 N.º REGISTRO \_\_\_\_\_ N.º CTPS \_\_\_\_\_ FUNÇÃO Psicóloga  
 LOCAL DO TRABALHO Plan. Campanha Gx 1.ª QUINZENA  
 MÊS Abril ANO 2020

H. N.º DIAS	MANHÃ		TARDE		EXTRA		Horas Extras
	Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída	
	1						
2							
3							
4							
5							
6	07:00		07:00				
7							
8	07:00		07:00				
9							
10	07:00		07:00				
11							
12	07:00		07:00				
13	07:00		07:00				
14	07:00		07:00				
15							

De conformidade com a Portaria Mtb nº 3828/01 de 13/11/01, este Cartão de Ponto, substituído, para todos os efeitos, o Quadro de Horário de Trabalho e Ficha de Horário de Trabalho Externo.  
 Utilbra CÓD. 15019 TIPO RB

	HORAS	A R\$	TOTAIS
NORMAIS			R\$
EXTRAS			R\$
DESC. REMUN.			R\$
SOMA			R\$
INSS			R\$
I.R. - FONTE (DEDUÇÕES)			R\$
VALOR I.R. - F.			R\$
TOTAL DOS DESCONTOS			R\$
SALÁRIO-FAMÍLIA			R\$
SALDO A RECEBER			R\$

2.ª QUINZENA

H. N.º DIAS	MANHÃ		TARDE		EXTRA		Horas Extras
	Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída	
16	07:00		07:50				
17							
18	07:00		08:00				
19							
20	07:00		10:30				
21							
22	07:00		09:00				
23							
24	07:00		10:30				
25							
26	07:00		7:00				
27							
28	07:00		08:30				
29							
30	07:00		08:30				
31							

Recebi o saldo acima mencionado

DATA / / \_\_\_\_\_ Assinatura do Empregado  
 REGISTRO DE OCORRÊNCIAS:

*[Handwritten signature]*





73  
20059/2  
06

N.º ORDEM		EMPREGADOR OU RAZÃO SOCIAL					
C.N.P.J.			ATIVIDADE ECONÔMICA				
EMPREGADO <i>Analy Romão</i>							
N.º REGISTRO		N.º CTPS		FUNÇÃO <i>Tic</i>			
LOCAL DO TRABALHO						1.ª QUINZENA	
MÊS <i>Abri</i>						ANOS <i>2000</i>	
Hr. de Início		INTERVALO PARA REFEIÇÃO		REPOUSO SEMANAL			
<i>07:00</i>		<i>19:00</i>					
H. N.º DIAS	MANHÃ		TARDE		EXTRA		Horas Extras
	Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída	
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11	<i>7:00</i>	<i>13:30</i>	<i>14:30</i>			<i>19:00</i>	
12							
13	<i>folga</i>						
14							
15	<i>7:00</i>	<i>12:00</i>	<i>13:00</i>			<i>19:00</i>	

"De conformidade com a Portaria M/b n.º 3620/91 de 13/11/91, este Cartão de Ponto, substitui, para todos os efeitos, o Quadro de Horário de Trabalho e Ficha de Horário de Trabalho Externo."

**Libbra** CÔD. 15019 TIPO RB

	HORAS	A R\$	TOTAIS
NORMAIS			R\$
EXTRAS			R\$
DESC. REMUN.			R\$
SOMA			R\$
INSS			R\$
I.R. - FONTE (DEDUÇÕES)			R\$
VALOR I.R. - F			R\$
TOTAL DOS DESCONTOS			R\$
SALÁRIO-FAMÍLIA			R\$
SALDO A RECEBER			R\$

2.ª QUINZENA

N.º DIAS	MANHÃ		TARDE		EXTRA		Horas Extras
	Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída	
16							
17	<i>7:00</i>		<i>12:00</i>	<i>13:00</i>		<i>19:00</i>	
18							
19	<i>folga</i>						
20							
21	<i>7:00</i>		<i>12:00</i>	<i>13:00</i>		<i>19:00</i>	
22							
23	<i>7:00</i>		<i>13:00</i>	<i>14:00</i>		<i>19:00</i>	
24							
25	<i>7:00</i>		<i>12:00</i>	<i>13:00</i>		<i>19:00</i>	
26							
27	<i>7:00</i>		<i>12:00</i>	<i>13:00</i>		<i>19:00</i>	
28							
29	<i>7:00</i>		<i>12:00</i>	<i>13:00</i>		<i>19:00</i>	
30							
31							

Recebi o saldo acima mencionado

DATA *11* *Analy*  
Assinatura do Empregado

REGISTRO DE OCORRÊNCIAS:

*20* *20*



74  
20059/102  
CBV

N.º ORDEM		EMPREGADOR OU RAZÃO SOCIAL	
C.N.P.J.		ATIVIDADE ECONÔMICA	
EMPREGADO <i>Condição de Trabalho Colhe</i>			
N.º REGISTRO	N.º CTPS	FUNÇÃO	

LOCAL DO TRABALHO		1.ª QUINZENA
MÊS		ANO

H. N.º DIAS	MANHÃ		TARDE		EXTRA		Horas Extras
	Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída	
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13	08:00		18:00				
14	08:00		18:00				
15	08:00		18:00				

"De conformidade com a Portaria Mtb n.º 3029/01 de 13/11/91, este Cartão de Ponto, substitui, para todos os efeitos, o Quadro de Horário de Trabalho e Ficha de Horário de Trabalho Externo."

 COD. 15019 TIPO RB

	HORAS	A R\$	TOTAIS
NORMAIS			R\$
EXTRAS			R\$
DESC. REMUN.			R\$
SOMA			R\$
INSS			R\$
I.R. - FONTE (DEDUÇÕES)			R\$
VALOR I.R. - F			R\$
TOTAL DOS DESCONTOS			R\$
SALÁRIO-FAMÍLIA			R\$
SALDO A RECEBER			R\$

2.ª QUINZENA

H. N.º DIAS	MANHÃ		TARDE		EXTRA		Horas Extras
	Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída	
16	08:00			18:00			
17	atrasado 14 dias						
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27							
28							
29							
30							
31							

Recebi o saldo acima mencionado

DATA 04/05/00

REGISTRO DE OCORRÊNCIAS:

*[Handwritten signatures]*





7  
20059/2  
CBL

N. ORDEM	EMPREGADOR OU RAZÃO SOCIAL
C.N.P.J.	ATIVIDADE ECONÔMICA

EMPREGADO  
*Francisca Jussé Leite*

N. REGISTRO N. CTPS FUNÇÃO  
*Rec. Enfermag.*

LOCAL DO TRABALHO  
*Hosp. Campanha Gua*


MÊS  
*Abri*

1.ª QUINZENA ANO  
*2002*

Entrada INTERVALO PARA REFEIÇÃO SAÍDA REPOUSO SEMANAL

H. Nor. DIAS	MANHÃ		TARDE		EXTRA		Horas Extras
	Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída	
1							
2	07:00	12:00	13:00			19:00	
3							
4	07:00	12:00	13:00			19:00	
5							
6	07:00					FOLGA	
7							
8	7:00	12:00	13:00			19:00	
9							
10	7:00	12:00	13:00			19:00	
11							
12	folga						
13							
14	7:00	12:00	13:00			19:00	
15							

De conformidade com a Portaria Mtb n.º 3626/91 de 13/11/91, este Cartão de Ponto, substitui, para todos os efeitos, o Quadro de Horário de Trabalho e Ficha de Horário de Trabalho Externo.

 CÓD. 15019 TIPO RB

	HORAS	A R\$	TOTAIS
NORMAIS			R\$
EXTRAS			R\$
DESC. REMUN.			R\$
SOMA			R\$
INSS			R\$
I.R. - FONTE (DEDUÇÕES)			R\$
VALOR I.R. - F			R\$
TOTAL DOS DESCONTOS			R\$
SALÁRIO-FAMÍLIA			R\$
SALDO A RECEBER			R\$

2.ª QUINZENA

H. Nor. DIAS	MANHÃ		TARDE		EXTRA		Horas Extras
	Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída	
16	07:00	12:00		13:00		19:00	
17							
18	07:00	12:00		13:00		19:00	
19							
20	folga						
21							
22	07:00	12:00		13:00		19:00	
23							
24	07:00	12:00		13:00		19:00	
25							
26	7:00	12:00		13:00		19:00	
27							
28	7:00	12:00		13:00		19:00	
29							
30	7:00	12:00		13:00		19:00	
31							

Recebi o saldo acima mencionado

DATA / / *Francisca Jussé Leite*  
Assinatura do Empregado

REGISTRO DE OCORRÊNCIAS:

*[Handwritten signatures]*





71  
10059/11  
CBL

N. ORDEM		EMPREGADOR OU RAZÃO SOCIAL					
C.N.P.J.			ATIVIDADE ECONÔMICA				
EMPREGADO <i>Christiane Nista dos Reis</i>							
N. REGISTRO		N. CTFS		FUNÇÃO <i>te. Enlumaq</i>			
LOCAL DO TRABALHO <i>Hospital de Gravilhas</i>				1.º QUINZENA			
MÊS <i>abril</i>				ANO <i>2020</i>			
H. de Trab.	ENTRADA	INTERVALO PARA REFEIÇÃO		SAÍDA	REPOUSO SEMANAL		
H. Nor. DIAS	MANHÃ		TARDE		EXTRA		Horas Extras
	Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída	
1	-						
2	07:00	12:00	13:00	19:00			
3	-						
4	07:00	13:00	14:00	19:00			
5	-						
6	folga						
7	-						
8	19:00	01:00	02:00	07:00			
9							
10	19:00	20:30	21:30	07:30			
11							
12	19:00	-	-	07:00			
13							
14	19:00	-	-	07:00			
15							

"De conformidade com a Portaria Mtb n.º 3626/91 de 13/11/91, este Cartão de Ponto, substitui, para todos os efeitos, o Quadro de Horário de Trabalho e Ficha de Horário de Trabalho Externo."

 CÔD. 15019 TIPO RB

	HORAS	A R\$	TOTAIS
NORMAIS			R\$
EXTRAS			R\$
DESC. REMUN.			R\$
SOMA			R\$
INSS			R\$
I.R. - FONTE (DEDUÇÕES)			R\$
VALOR I.R. - F			R\$
TOTAL DOS DESCONTOS			R\$
SALÁRIO-FAMÍLIA			R\$
SALDO A RECEBER			R\$

2.º QUINZENA

H. Nor. DIAS	MANHÃ		TARDE		EXTRA		Horas Extras
	Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída	
16	folga						
17							
18	19:00	20:00	21:00	07:40			
19							
20	19:00	20:00	21:00	07:00			
21							
22	19:00	20:00	21:00	07:00			
23							
24	19:00	-	-	07:30			
25							
26	folga						
27							
28	19:00	-	-	07:00			
29							
30	19:00						
31							

Recebi o saldo acima mencionado

DATA / / Christiane Nista  
Assinatura do empregado

REGISTRO DE OCORRÊNCIAS:


*[Handwritten signatures]*



7-  
20059/2  
06

N.º ORD.FM		EMPREGADOR OU RAZÃO SOCIAL					
C.N.P.J.		ATIVIDADE ECONÔMICA					
EMPREGADO <i>Cláudia de Melo Silva</i>							
N.º REGISTRO		N.º CTPS		FUNÇÃO <i>Mx. Grf</i>			
LOCAL DO TRABALHO <i>Hospital Granilho</i>				1.º QUINZENA			
MÊS <i>abril</i>				ANO <i>2020</i>			
H. N.º DIAS	ENTRADA		INTERVALO PARA REFEIÇÃO		SAÍDA		REPOUSO SEMANAL
	MANHÃ		TARDE		EXTRA		Horas Extras
	Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída	
1	13:00	<del>12:00</del>	<del>12:00</del>	19:00			
2	<del>12:00</del>			<del>12:00</del>			
3	07:00	13:00	14:00	19:00			
4							
5	07:00	12:00	13:00	19:00			
6							
7	07:00	12:00	13:00	19:00			
8							
9							
10	19:00			07:00			
11							
12	<del>19:00</del>						
13	19:00			07:00			
14							
15	19:00			07:00			

De conformidade com a Portaria Mib n.º 3628/01 de 13/11/01, este Certão de Ponto, substituído, para todos os efeitos, o Quadro de Horário de Trabalho e Ficha de Horário de Trabalho Externo.

 COD. 1501R TIPO RB

	HORAS	A R\$	TOTAIS
NORMAIS			R\$
EXTRAS			R\$
DESC. REMUN			R\$
SOMA		R\$	
INSS		R\$	
I.R. - FONTE (DEDUÇÕES)		R\$	
VALOR I.R. - F		R\$	
TOTAL DOS DESCONTOS		R\$	
SALÁRIO-FAMÍLIA		R\$	
SALDO A RECEBER		R\$	

2.º QUINZENA

H. N.º DIAS	MANHÃ		TARDE		EXTRA		Horas Extras
	Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída	
16	19:00			07:00			
17							
18	19:00			07:00			
19							
20							
21							
22	19:00			07:00			
23							
24	<del>19:00</del>	19:00	07:10	<del>07:00</del>			
25							
26	19:00			07:00			
27							
28	19:00			07:00			
29							
30							
31							

Recebi o saldo acima mencionado

DATA / / ..... Assinatura do Empregado

REGISTRO DE OCORRÊNCIAS:

*[Handwritten signature]*





20059/2  
CBV

N. ORDEM		EMPREGADOR OU RAZÃO SOCIAL							
C.N.P.J.			ATIVIDADE ECONÔMICA						
EMPREGADO <b>Beatriz Gonçalves Santana</b>									
N. REGISTRO		CTPS		FUNÇÃO					
LOCAL DO TRABALHO		1ª QUINZENA							
MÊS		ANO							
MÊS		ANO							
H. de Tráb.		ENTRADA		INTERVALO PARA REFEIÇÃO		SAÍDA		REPOUSO SEMANAL	
H. No. DIAS	MANHÃ		TARDE		EXTRA		Horas Extras		
	Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída			
1	07:00	12:00	13:00	19:00					
2									
3	07:00	12:00	13:00	19:00					
4									
5	07:00	12:00	13:00	19:30					
6									
7	07:00	12:00	13:00	19:00					
8									
9	07:00	13:00	14:00	19:00					
10									
11	07:00	12:00	13:00	19:00					
12									
13	FOLGA	FOLGA	FOLGA	FOLGA					
14									
15	07:00	13:00	14:00	19:00					

"De conformidade com a Portaria Mtb n. 3928/91 de 13/11/91, este Cartão de Ponto, substitui, para todos os efeitos, o Quadro de Horário de Trabalho e Ficha de Horário de Trabalho Externo."

 CÓD. 15019 TIPO RB

	HORAS	A R\$	TOTAIS
NORMAIS			R\$
EXTRAS			R\$
	DESC. REMUN.		R\$
SOMA			R\$
INSS			R\$
I.R. - FONTE (DEDUÇÕES)			R\$
VALOR I.R. - F			R\$
TOTAL DOS DESCONTOS			R\$
SALÁRIO-FAMÍLIA			R\$
SALDO A RECEBER			R\$

2ª QUINZENA

H. No. DIAS	MANHÃ		TARDE		EXTRA		Horas Extras		
	Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída			
16									
17	07:00	13:00	14:00	19:00					
18									
19	07:00	13:00	14:00	19:00					
20									
21	FOLGA								
22									
23	FOLGA								
24									
25	07:00	12:00	13:00	19:00					
26									
27	07:00	12:00	13:00	19:00					
28									
29	07:00	13:00	14:00	19:00					
30									
31	07:00	12:00	13:00	19:00					

Recebi o saldo acima mencionado

DATA / / Beatriz G. Santana  
Assinatura do Empregado

REGISTRO DE OCORRÊNCIAS:

*[Handwritten signature]*





79  
20059/10.  
CBC

N. ORDEM		EMPREGADOR GU RAZÃO SOCIAL					
C.N.P.J.			ATIVIDADE ECONÔMICA				
EMPREGADO <i>Maria Leal S. da Cruz</i>							
N. REGISTRO		N. CTPS		FUNÇÃO <i>Operante</i>			
LOCAL DO TRABALHO				1.ª QUINZENA			
MÊS <i>Abril</i>				ANO <i>2020</i>			
H. N.º DIAS	ENTRADA		INTERVALO PARA REFEIÇÃO		SAÍDA		REPOUSO SEMANAL
	MANHÃ		TARDE		EXTRA		
	Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída	Horas Extras
1							
2	7:00	12:00	13:00	14:00			
3							
4	7:00	12:00	13:00	14:00			
5							
6	7:00	12:00	13:00	14:00			
7							
8	7:00	12:00	13:00	14:00			
9	7:00	12:00	13:00	14:10			
10							
11	7:00	12:00	13:00	14:10			
12							
13	6:50	12:00	13:00	14:05			
14							
15	FOLGA						

"De conformidade com a Portaria Mtb n.º 3628/91 de 13/11/91, este Cartão de Ponto, substitui, para todos os efeitos, o Quadro de Horário de Trabalho e Ficha de Horário de Trabalho Externo."

 COD. 15015 TIPO RB

	HORAS	A R\$	TOTAIS
NORMAIS			R\$
EXTRAS			R\$
	DESC. REMUN.		R\$
SOMA			R\$
INSS			R\$
I.R. - FONTE (DEDUÇÕES)			R\$
VALOR I.R. - F			R\$
TOTAL DOS DESCONTOS			R\$
SALÁRIO-FAMÍLIA			R\$
SALDO A RECEBER			R\$

2.ª QUINZENA

H. N.º DIAS	MANHÃ		TARDE		EXTRA		Horas Extras
	Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída	
16							
17	6:50	12:00	13:00	14:00			
18							
19	FOLGA						
20							
21	6:50	12:30	13:30	14:30			
22							
23	FOLGA						
24							
25	6:50	12:30	13:30	14:10			
26							
27	6:50	12:30	13:30	14:50			
28							
29	6:50	12:55	13:35	14:00			
30							
31							

Recebi o saldo acima mencionado

DATA / / ..... Assinatura do Empregado

REGISTRO DE OCORRÊNCIAS:


*(Handwritten signatures)*



80  
20059/102  
CBV

N.º ORDEM		EMPREGADOR OU RAZÃO SOCIAL				
C.N.P.J.		ATIVIDADE ECONÔMICA				
EMPREGADO		FUNÇÃO				
N.º REGISTRO	N.º CTPS	FUNÇÃO				
LOCAL DO TRABALHO		1.ª QUINZENA				
MÊS		ANO				
Abril		2020				
H. Início	ENTRADA	INTERVALO PARA REFEIÇÃO	SAÍDA			
H. Fim			REPOUSO SEMANAL			
H. Nº. DIAS	MANHÃ		TARDE	EXTRA	Horas Extras	
	Entrada	Saída	Entrada	Saída		Entrada
1						
2						
3	07:00		20:40			
4	07:00		21:15			
5	07:00		20:05			
6	07:00		22:00			
7	07:00		21:45			
8	07:00		21:40			
9	07:00		20:00			
10	07:00		20:15			
11	07:00		23:00			
12	07:00		20:40			
13	07:00		20:20			
14	07:00		21:10			
15	07:00		20:35			

"De conformidade com a Portaria Mto nº 3628/01 de 13/11/01, este Cartão de Ponto, substituí, para todos os efeitos, o Quadro de Horário de Trabalho e Ficha de Horário de Trabalho Externo."

 COD. 15019 TIPO RB

	HORAS	A R\$	TOTAIS
NORMAIS			R\$
EXTRAS			R\$
	DESC. REMUN.		R\$
SOMA			R\$
INSS			R\$
I.R. - FONTE (DEDUÇÕES)			R\$
VALOR I.R. - F			R\$
TOTAL DOS DESCONTOS			R\$
SALÁRIO-FAMÍLIA			R\$
SALDO A RECEBER			R\$

2.ª QUINZENA

H. Nº. DIAS	MANHÃ		TARDE		EXTRA		Horas Extras
	Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída	
16	07:00			20:30			
17	07:00			22:45			
18	07:00			20:00			
19	07:00			19:45			
20	07:00			21:00			
21	07:00			20:30			
22	07:00			22:00			
23	07:00			00:30			
24	07:00			21:00			
25	07:00			20:30			
26	07:00			23:00			
27	07:00			20:00			
28	07:00			23:00			
29	07:00			21:30			
30	07:00			20:00			
31							

Recebi o saldo acima mencionado

DATA / /

Assinatura do empregado

REGISTRO DE FREQÜÊNCIAS:

*(Handwritten signatures)*





N. ORDEM \_\_\_\_\_ EMPREGADOR OU RAZÃO SOCIAL \_\_\_\_\_

C.N.P.J. \_\_\_\_\_ ATIVIDADE ECONÔMICA \_\_\_\_\_

EMPREGADO Cátia Cristina Camilo Silva

N. REGISTRO \_\_\_\_\_ N. CTP5 \_\_\_\_\_ FUNÇÃO Externa

LOCAL DO TRABALHO Resp. Companhia Guaculhos 1.º QUINZENA

MÊS \_\_\_\_\_ ANO \_\_\_\_\_

H. N.º DIAS	MANHÃ		TARDE		EXTRA		Horas Extras
	Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída	
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							

"De conformidade com a Portaria Mtb n.º 3525/01 de 13/11/01, este Cartão de Ponto, substitui, para todos os efeitos, o Quadro de Horário de Trabalho e Ficha de Horário de Trabalho Externo."

 COD. 15015 TIPO RB

81  
20059/102  
CBU

	HORAS	A R\$	TOTAIS
NORMAIS			R\$
EXTRAS			R\$
DESC. REMUN.			R\$
SOMA			R\$
INSS			R\$
I.R. - FONTE (DEDUÇÕES)			R\$
VALOR I.R. - F			R\$
TOTAL DOS DESCONTOS			R\$
SALÁRIO-FAMÍLIA			R\$
SALDO A RECEBER			R\$

2.º QUINZENA

H. N.º DIAS	MANHÃ		TARDE		EXTRA		Horas Extras
	Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída	
16	19h05	07h05					
17							
18	19h05	07h05					
19							
20	19h05	07h05					
21							
22	19h05	07h05					
23							
24	19h05	07h05					
25							
26							
27							
28							
29							
30							
31							

Recebi o saldo acima mencionado

DATA / / ..... Assinatura do Empregado

REGISTRO DE OCORRÊNCIAS:

*[Handwritten signature]*





82  
20059/10  
CBU

N.º ORDEM \_\_\_\_\_ EMPREGADOR OU RAZÃO SOCIAL \_\_\_\_\_  
 C.N.P.J. \_\_\_\_\_ ATIVIDADE ECONÔMICA \_\_\_\_\_  
 EMPREGADO *Elia Maria L.H.*  
 N.º REGISTRO \_\_\_\_\_ N.º CTPS \_\_\_\_\_ FUNÇÃO \_\_\_\_\_  
 LOCAL DO TRABALHO \_\_\_\_\_ 1.ª QUINZENA \_\_\_\_\_  
 MÊS *abril* ANO *2020*

H. N.º DIAS	MANHÃ		TARDE		EXTRA		Horas Extras
	Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída	
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8	07:00	14:00	15:00	18:00			
9							
10	07:00	13:00	14:00	18:00			
11							
12	06:50	12:00	13:00	18:00			
13							
14	06:58	13:00	14:00	19:00			
15							

"De conformidade com a Portaria Mtb nº 3628/91 de 13/11/91, este Cartão de Ponto, substitui, para todos os efeitos, o Quadro de Horário de Trabalho e Fichê de Horário de Trabalho Externo."  
 timbra COD 1501B TIPO RB

	HORAS	A R\$	TOTAIS
NORMAIS			R\$
EXTRAS			R\$
DESC. REMUN.			R\$
SOMA			R\$
INSS			R\$
I.R. - FONTE (DEDUÇÕES)			R\$
VALOR I.R. - F			R\$
TOTAL DOS DESCONTOS			R\$
SALÁRIO-FAMÍLIA			R\$
SALDO A RECEBER			R\$

2.ª QUINZENA

H. N.º DIAS	MANHÃ		TARDE		EXTRA		Horas Extras
	Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída	
16	06:50	13:00	14:00	18:00			
17							
18	FOLGA						
19							
20	06:50	13:10	14:10	18:00			
21							
22	06:52	13:15	14:15	18:00			
23							
24	06:50	12:00	13:00	18:00			
25							
26	06:55	13:00	14:00	18:00			
27							
28							
29							
30	FOLGA						
31							

Recebi o saldo acima mencionado

DATA / / \_\_\_\_\_ Assinatura do Empregado

REGISTRO DE OCORRÊNCIAS:

*[Handwritten signatures]*



0:  
20059/201  
CBU

N. ORDEM		EMPREGADOR OU RAZÃO SOCIAL					
C.N.P.J.			ATIVIDADE ECONÔMICA				
EMPREGADO <i>Christiane Martins da Silva</i>							
N. REGISTRO		N. CTPS		FUNÇÃO			
LOCAL DO TRABALHO						1ª QUINZENA	
MÊS <i>Abril</i>						ANO <i>2020</i>	
H. Nor. DIAS	ENTRADA		INTERVALO PARA REFEIÇÃO		SAÍDA		REPOUSO SEMANAL
	MANHÃ		TARDE		EXTRA		Horas Extras
	Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída	
1	07:00			19:00			
2	07:00			19:00			
3	07:00			19:00			
4	07:00			13:00			
5	<i>falga</i>						
6	07:00			20:00			
7	07:00			20:00			
8	07:00			20:30			
9	07:00			21:00			
10	07:00			21:00			
11	06:00			20:30			
12	07:00			21:00			
13	07:00			08:30			
14	07:00			20:00			
15	07:00			20:00			

\*De conformidade com a Portaria Mtb nº 3828/91 de 13/11/91, este Cartão de Ponto, substitui, para todos os efeitos, o Quadro de Horário de Trabalho e Ficha de Horário de Trabalho Externo.\*

**tilibra** CÓD. 15019 TIPO RB

	HORAS	A R\$	TOTAIS
NORMAIS			R\$
EXTRAS			R\$
DESC. REMUN.			R\$
SOMA		R\$	
INSS		R\$	
I.R. - FONTE (DEDUÇÕES)		R\$	
VALOR I.R. - F		R\$	
TOTAL DOS DESCONTOS		R\$	
SALÁRIO-FAMÍLIA		R\$	
SALDO A RECEBER		R\$	

2ª QUINZENA

H. Nor. DIAS	MANHÃ		TARDE		EXTRA		Horas Extras
	Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída	
16	07:00			20:30			
17	07:00			20:45			
18	<i>falga</i>			20:00			
19	<i>falga</i>			10:00			
20	07:00			21:00			
21	07:00			20:30			
22	07:00			22:00			
23	07:00			00:30			
24	07:00			21:00			
25	07:00			20:30			
26	<i>falga</i>						
27	07:00			20:00			
28	07:00			23:00			
29	07:00			21:30			
30	07:00			20:00			
31							

Recebi o saldo acima mencionado

DATA / / *2020* Assinatura do Empregado

REGISTRO DE OCORRÊNCIAS:

*[Handwritten signature]*





07  
20059/201  
CBU

N. ORDEM		EMPREGADOR OU RAZÃO SOCIAL					
C.N.P.J.		ATIVIDADE ECONÔMICA					
EMPREGADO <i>Christina Tenório da Silva</i>							
N.º REGISTRO		N.º CTPS		FUNÇÃO <i>Emprego</i>			
LOCAL DO TRABALHO <i>Resp. Campanha fix</i>				1.ª QUINZENA			
MÊS <i>Abril</i>				ANO <i>2020</i>			
Entrada		INTERVALO PARA REFEIÇÃO		SAÍDA		REPOUSO SEMANAL	
H. Nor. DIAS	MANHÃ		TARDE		EXTRA		Horas Extras
	Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída	
1	07:00	13:00	14:00	19:00			
2							
3	07:00	13:00	14:00	19:00			
4							
5	07:00	13:00	14:00	19:00			
6							
7	07:00	13:00	14:00	19:00			
8							
9	07:00	14:00	15:00	19:00			
10							
11	07:00			19:00			
12							
13	FOLGA						
14							
15	07:00	13:30	14:30	19:00			

De conformidade com a Portaria Mtb n.º 3628/91 de 13/11/91, este Cartão de Ponto, substitui, para todos os efeitos, o Quadro de Horário de Trabalho e Ficha de Horário de Trabalho Externo.

 CÔD. 15019 TIPO RB

	HORAS	A R\$	TOTAIS
NORMAIS			R\$
EXTRAS			R\$
DESC. REMUN.			R\$
SOMA			R\$
INSS			R\$
I.R. - FONTE (DEDUÇÕES)			R\$
VALOR I.R. - F			R\$
TOTAL DOS DESCONTOS			R\$
SALÁRIO-FAMÍLIA			R\$
SALDO A RECEBER			R\$

2.ª QUINZENA

H. Nor. DIAS	MANHÃ		TARDE		EXTRA		Horas Extras
	Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída	
16							
17	6:40	12:00	13:00	19:00			
18							
19	FOLGA						
20							
21	7:00	13:30	14:30	19:00			
22							
23	7:00	13:00	14:00	19:00			
24							
25	7:00	12:00	13:00	19:00			
26							
27							
28							
29	FOLGA						
30							
31							

Recebi o saldo acima mencionado

DATA / /

  
Assinatura do Empregado

REGISTRO DE OCORRÊNCIAS:





01  
20059/2  
08

N. ORDEM		EMPREGADOR OU RAZÃO SOCIAL					
C.N.P.J.			ATIVIDADE ECONÔMICA				
EMPREGADO <i>Daniela Selye Lopez</i>							
N. REGISTRO		N. CTPS		FUNÇÃO <i>Limpeza</i>			
LOCAL DO TRABALHO <i>Disp. Campanha Sus</i>				1.ª QUINZENA			
MÊS <i>Abril</i>				ANO <i>2020</i>			
H. N.º DIAS	MANHÃ		TARDE		EXTRA		Horas Extras
	Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída	
1	19:10			07:00			
2							
3	19:10			07:00			
4							
5	19:10			07:00			
6							
7	19:10			07:00			
8							
9	19:10			07:00			
10							
11	FOLGA						
12							
13	19:10			07:00			
14							
15	19:10			07:00			

"De conformidade com a Portaria Mtb nº 8620/91 de 13/11/91, este Cartão de Ponto, substituído, para todos os efeitos, o Quadro de Horário de Trabalho e Ficha de Horário de Trabalho Externo."

 CÓD. 15019 TIPO RB

	HORAS	A R\$	TOTAIS
NORMAIS			R\$
EXTRAS			R\$
	DESC. REMUN.		R\$
SOMA		R\$	
INSS		R\$	
I.R. - FONTE (DEDUÇÕES)		R\$	
VALOR I.R. - F		R\$	
TOTAL DOS DESCONTOS		R\$	
SALÁRIO-FAMÍLIA		R\$	
SALDO A RECEBER		R\$	

2.ª QUINZENA

H. N.º DIAS	MANHÃ		TARDE		EXTRA		Horas Extras
	Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída	
16							
17	FOLGA						
18							
19	19:10			07:00			
20							
21	FOLGA						
22							
23	19:10			07:00			
24							
25	19:10			07:00			
26							
27	19:10			07:00			
28							
29	19:10			07:00			
30							
31							

Recebi o saldo acima mencionado

DATA / / *Daniela Selye Lopez* Assinatura do Empregado

REGISTRO DE OCORRÊNCIAS:

*[Handwritten signatures]*





20059/1070  
CBV

N.º ORDEM		EMPREGADOR OU RAZÃO SOCIAL					
C.N.P.J.		ATIVIDADE ECONÔMICA					
EMPREGADO <i>Lizete Sarmate C. Bortuca</i>							
N.º REGISTRO		N.º C.TPS		FUNÇÃO <i>aparelheira</i>			
LOCAL DO TRABALHO <i>Exp. Campanha Sus.</i>						1.ª QUINZENA	
MÊS <i>Jul</i>						ANO <i>2020</i>	
H. N.º DIAS	MANHÃ		TARDE		EXTRA		Horas Extras
	Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída	
1	07:00	12:00	13:00	19:00			
2	07:00	12:00	13:00	19:00			
3							
4	07:00	12:00	13:00	19:00			
5							
6	07:00	12:00	13:00	19:00			
7							
8	07:00	12:00	13:00	19:00			
9							
10	07:00	12:00	13:00	19:00			
11							
12	FOLGA						
13							
14	07:00	12:30	13:30	19:00			
15							

"De conformidade com a Portaria Mtb n.º 8628/91 de 13/11/91, este Cartão de Ponto, substitui, para todos os efeitos, o Quadro de Horário de Trabalho e Ficha de Horário de Trabalho Externo."

 CÓD. 15019 TIPO RB

	HORAS	A R\$	TOTAIS
NORMAIS			R\$
EXTRAS			R\$
DESC. REMUN.			R\$
SOMA			R\$
INSS			R\$
I.R. - FONTE (DEDUÇÕES)			R\$
VALOR I.R. - F			R\$
			R\$
TOTAL DOS DESCONTOS			R\$
SALÁRIO-FAMÍLIA			R\$
SALDO A RECEBER			R\$

H. N.º DIAS	MANHÃ		TARDE		EXTRA		Horas Extras
	Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída	
16	07:00	12:30	13:30	19:00			
17							
18	07:00	12:30	13:00	19:00			
19							
20	07:00	12:30	13:30	19:00			
21							
22	FOLGA						
23							
24	07:00	12:30	13:30	19:00			
25							
26	07:00	13:30	14:30	19:00			
27							
28	07:00	13:00	14:00	19:00			
29							
30	FOLGA						
31							

2.ª QUINZENA

Recebi o saldo acima mencionado

DATA / / *Lizete S. C. B.*  
Assinatura do empregado

REGISTRO DE OCORRÊNCIAS:

*[Handwritten signature]*





8-  
2005976  
08

N.º ORDEM		EMPREGADOR OU RAZÃO SOCIAL					
C.N.P.J.			ATIVIDADE ECONÔMICA				
EMPREGADO <i>Clonemia dos Santos Machado</i>							
N.º REGISTRO		N.º CTPS		FUNÇÃO <i>aux. enf.</i>			
LOCAL DO TRABALHO <i>Hospital Guarulhos</i>				1.ª QUINZENA			
MÊS <i>abril</i>				ANO <i>2020</i>			
H.º de Inth.	ENTRADA	INTERVALO PARA REFEIÇÃO		SÁDIA	REPOUSO SEMANAL		
	<i>07:00</i>	<i>11:00</i>		<i>11:00</i>			
H.º Nor. DIAS	MANHÃ		TARDE		EXTRA		Horas Extras
	Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída	
1							
2	<i>07:00</i>	<i>13:00</i>	<i>14:00</i>	<i>19:00</i>			
3							
4	<i>07:00</i>	<i>12:00</i>	<i>13:00</i>	<i>19:00</i>			
5							
6	<i>07:00</i>	<i>12:00</i>	<i>13:00</i>	<i>19:00</i>			
7							
8	<i>F O L G A</i>						
9							
10	<i>07:00</i>	<i>12:00</i>	<i>13:00</i>	<i>19:00</i>			
11							
12	<i>07:00</i>	<i>12:00</i>	<i>13:00</i>	<i>19:00</i>			
13							
14	<i>07:00</i>	<i>13:00</i>	<i>14:00</i>	<i>19:00</i>			
15							

"De conformidade com a Portaria Mtb n.º 3626/91 de 13/11/91, este Cartão de Ponto, substitui, para todos os efeitos, o Quadro de Horário de Trabalho e Ficha de Horário de Trabalho Externo."

 CÓD. 15019 TIPO RB

	HORAS	A R\$	TOTAIS
NORMAIS			R\$
EXTRAS			R\$
	DESC. REMUN.		R\$
SOMA			R\$
INSS			R\$
I.R. - FONTE (DEDUÇÕES)			R\$
VALOR I.R. - F			R\$
			R\$
TOTAL DOS DESCONTOS			R\$
SALÁRIO-FAMÍLIA			R\$
SALDO A RECEBER			R\$

2.ª QUINZENA

H.º Nor. DIAS	MANHÃ		TARDE		EXTRA		Horas Extras
	Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída	
16	<i>07:00</i>	<i>13:00</i>	<i>14:00</i>	<i>19:00</i>			
17							
18	<i>07:00</i>	<i>13:00</i>	<i>14:00</i>	<i>19:00</i>			
19							
20	<i>07:00</i>	<i>13:00</i>	<i>14:00</i>	<i>19:00</i>			
21							
22	<i>Celestão</i>						
23							
24	<i>07:00</i>	<i>13:00</i>	<i>14:00</i>	<i>19:00</i>			
25							
26	<i>07:00</i>	<i>13:00</i>	<i>14:00</i>	<i>19:00</i>			
27							
28							
29							
30							
31							

Recebi o saldo acima mencionado

DATA / / ..... Assinatura do Empregado


REGISTRO DE OCORRÊNCIAS:

*[Handwritten signature]*



20059/2020  
080

N. ORDEM		EMPREGADOR OU RAZÃO SOCIAL					
C.N.P.J.		ATIVIDADE ECONÔMICA					
EMPREGADO <i>Denizete Pereira Paço</i>							
N. REGISTRO		N. CTPS		FUNÇÃO <i>Belôzo</i>			
LOCAL DO TRABALHO <i>União Companha S/A</i>				1ª QUINZENA			
MÊS <i>Julho</i>				ANO <i>2020</i>			
ENTRADA		INTERVALO PARA REFEIÇÃO		SAÍDA		REPOUSO SEMANAL	
H. Nor. DIAS	MANHÃ		TARDE		EXTRA		Horas Extras
	Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída	
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9	07:00	13:00	14:00	19:00			
10							
11	07:00	13:00	14:00	19:00			
12	19:00	22:00	23:00	07:00			
13							
14	07:00	12:00	13:00	19:00			
15							

De conformidade com a Portaria Mtb nº 3920/91 de 13/11/91, este Cartão de Ponto, substitui, para todos os efeitos, o Quadro de Horário de Trabalho e Ficha de Horário de Trabalho Externo.  
 COD. 15019 TIPO RB

	HORAS	A.R\$	TOTAIS
NORMAIS			R\$
EXTRAS			R\$
	DESC. REMUN.		R\$
SOMA			R\$
INSS			R\$
I.R. - FONTE (DEDUÇÕES)			R\$
VALOR I.R. - F			R\$
			R\$
TOTAL DOS DESCONTOS			R\$
SALÁRIO-FAMÍLIA			R\$
SALDO A RECEBER			R\$

2ª QUINZENA

H. Nor. DIAS	MANHÃ		TARDE		EXTRA		Horas Extras
	Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída	
16	07:00	13:00	14:00	19:00			
17							
18	07:00	13:00	14:00	19:00			
19							
20	07:00	14:00	15:00	19:00			
21							
22	07:00	12:00	13:00	19:00			
23							
24	07:00	13:30	14:30	19:00			
25							
26	07:00	13:30	14:30	19:00			
27							
28	07:00	13:00	14:00	19:00			
29							
30	07:00	13:30	14:30	19:00			
31							

Recebi o saldo acima mencionado

DATA / / *16/07/20*  
 Assinatura do empregado  
 REGISTRO DE OCORRÊNCIAS:

*[Handwritten signatures]*





20059/201  
CBL

N. ORDEM \_\_\_\_\_ EMPREGADOR OU RAZÃO SOCIAL \_\_\_\_\_  
 C.N.P.J. \_\_\_\_\_ ATIVIDADE ECONÔMICA \_\_\_\_\_  
 EMPREGADO Edma Silva de Melo  
 N. REGISTRO \_\_\_\_\_ N. CTPS \_\_\_\_\_ FUNÇÃO PROX. Gnt  
 LOCAL DO TRABALHO Hospital Guarulhos 1ª QUINZENA  
 MÊS abril ANO 2020

H. Nor. DIAS	MANHÃ		TARDE		EXTRA		Horas Extras
	Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída	
	1	07:00	12:00	13:00	19:00		
2	07:00	12:00	13:00	19:00			
3	07:00	12:30	13:30	19:00			
4							
5	07:00	12:00	13:00	19:00			
6							
7	07:00	12:00	13:00	19:00			
8							
9	07:00	12:00	13:00	19:00			
10							
11	07:00	12:00	13:00	19:00			
12							
13	07:00	12:00	13:00	19:00			
14							
15	07:00	12:00	13:00	19:00			

"De conformidade com a Portaria Mtb n. 3826/91 de 13/11/91, este Cartão de Ponto, substitui, para todos os efeitos, o Quadro de Horário de Trabalho e Ficha de Horário de Trabalho Externo."  
 timbra CÓD. 15019 TIPO RB

	HORAS	A R\$	TOTAIS
NORMAIS			R\$
EXTRAS			R\$
DESC. REMUN.			R\$
SOMA		R\$	
INSS		R\$	
I.R. - FONTE (DEDUÇÕES)		R\$	
VALOR I.R. - F		R\$	
TOTAL DOS DESCONTOS		R\$	
SALÁRIO-FAMÍLIA		R\$	
SALDO A RECEBER		R\$	

2ª QUINZENA

H. Nor. DIAS	MANHÃ		TARDE		EXTRA		Horas Extras
	Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída	
16							
17	07:00	12:00	13:00	19:00			
18							
19	07:00	12:00	13:00	19:00			
20							
21	F						
22	F						
23	07:00	12:00	13:00	19:00			
24	07:00	12:30	13:00	19:00	01:00	19:00	
25							
26							
27							
28							
29							
30							
31							

Recebi o saldo acima mencionado

DATA / / \_\_\_\_\_ Assinatura do Empregado

REGISTRO DE OCORRÊNCIAS:

*[Handwritten signature]*

