

Dados Básicos

Serviço Salário-Maternidade Rural	Status Concluída	Prioridade Normal
Unidade de Protocolo AGÊNCIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL CEAB RECONHECIMENTO DE DIREITO DA SRV	Data de entrada do requerimento 16/08/2019 10:59	Canal de atendimento Central de Serviços - Internet
	Última atualização 02/01/2020 10:26	

Endereço para atendimento:

A tarefa não possui endereço para atendimento externo.

Campos adicionais:

Campo	Valor
Deseja cadastrar Procurador ou Representante Legal para este pedido?	A) Não Eu sou o(a) titular
Qual o motivo do pedido?	A) Parto/natimorto
Informe a data do parto, aborto, adoção/guarda para fins de adoção ou do atestado:	10/01/2019
Você foi trabalhadora rural por pelo menos dez meses?	A) Sim
NB	194.403.959-4

Interessados

CPF	Nome Completo	Data Nascimento	Nome Completo da Mãe
053.712.821-22	TAMIRES NATALIA SANTOS DA SILVA	24/12/1991	MARIA NILZA DOS SANTOS DA SILVA

Procuradores / Representantes Legais

A tarefa não possui procuradores / representantes legais.

Instituidores

A tarefa não possui instituidores.

Anexos

ID	Nome do Arquivo	Descrição do Arquivo	Tamanho	Enviado Por	Autenticado?
41324762	ident.PDF		510,62kB	053.712.821-22 - 16/08/2019 10:56	Não
725390669	- Salário-Maternidade Rural (Tarefa principal)				
57084594	ofcircular46DIRBEN-INSSanexol (1).pdf		252,72kB	2354656 - 06/12/2019 11:46	Não
725390669	- Salário-Maternidade Rural (Tarefa principal)				
57084595	Art 47 e 54.pdf		80,56kB	2354656 - 06/12/2019 11:46	Não
725390669	- Salário-Maternidade Rural (Tarefa principal)				
59980863	Tamires05371282122Cumprimentodee Cumprimento de exigência xogênciaria2.pdf		3,09MB	2396783 - 30/12/2019 16:49	Sim
725390669	- Salário-Maternidade Rural (Tarefa principal)				
59980864	Tamires05371282122Cumprimentodee Cumprimento de exigência xogênciaria3.pdf		148,18kB	2396783 - 30/12/2019 16:49	Não
725390669	- Salário-Maternidade Rural (Tarefa principal)				
59980865	Tamires05371282122Cumprimentodee Cumprimento de exigência xogênciaria.pdf		2,22MB	2396783 - 30/12/2019 16:50	Sim
725390669	- Salário-Maternidade Rural (Tarefa principal)				
60105977	análise_194.403.959-4.pdf		238,29kB	2354656 - 02/01/2020 10:26	Não
725390669	- Salário-Maternidade Rural (Tarefa principal)				



Você pode conferir a autenticidade do documento em
<https://meu.inss.gov.br/central/#/autenticidade>
com o código 210929DWVEEO59



Despacho (35795184)

Enviado em 06/09/2019 20:27

Unidade: 06001240 - AGÊNCIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL DIGITAL CAMPO GRANDE

725390669 - Salário-Maternidade Rural (Tarefa principal)

Transferência de Tarefa para a Central de Análise de Benefício - Reconhecimento de Direito - SR V, conforme RESOLUÇÃO Nº 694 /PRES/INSS, DE 8 DE AGOSTO DE 2019.

Despacho (46939859)

Enviado em 06/12/2019 11:46

Unidade: 23001800 - AGÊNCIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL CEAB RECONHECIMENTO DE DIREITO DA SRV
725390669 - Salário-Maternidade Rural (Tarefa principal)

Assunto: Cumprimento de exigência

Nome: TAMIRES NATALIA SANTOS DA SILVA, CPF: 053.712.821-22

Prezado(a) Senhor(a),

Para dar andamento ao processo 725390669, solicitamos o comparecimento na Agência do INSS mais próxima, para apresentação dos documentos descritos abaixo:

- -Apresentar documento de identificação.
- Certidão de nascimento da criança.
- Carteira de trabalho.
- Apresentar autodeclaração do segurado especial (em anexo) devidamente preenchido e assinado em todas as páginas.
- Documentos constantes nos art. 47 com exceção do inciso II e art. 54 da IN 77 de 2015 (Artigos em anexo) para comprovação da atividade rural por pelo menos 10 meses anteriores ao nascimento da criança.

Para o cumprimento desta exigência se faz necessário o agendamento do serviço "Cumprimento de exigência" para o atendimento presencial na Agência. O agendamento poderá ser feito pelo Meu INSS (meu.inss.gov.br) ou Central 135 de segunda a sábado, das 7h às 22h (horário de Brasília).

O não atendimento desta exigência ou a ausência de manifestação até o dia 08/01/2020 (30 dias de prazo) poderá acarretar desistência do processo, o que não prejudica a apresentação de novo requerimento pelo interessado, conforme disposto no §9º do art. 678 da IN nº 77, de 2015.



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

ANEXO I

OFÍCIO-CIRCULAR N° 46 DIRBEN/INSS, DE 13 DE SETEMBRO DE 2019.

**AUTODECLARAÇÃO DO SEGURADO ESPECIAL – RURAL
TODAS AS INFORMAÇÕES SERÃO CHECadas NOS SISTEMAS OFICIAIS**

1. Dados do Segurado:

NOME: _____
DATA DE NASCIMENTO/DN: _____ LOCAL DE NASCIMENTO: _____
ENDEREÇO RESIDENCIAL: _____
CPF: _____ RG: _____ DATA/LOCAL DE EXPEDIÇÃO: _____
TITULO ELEITOR: _____ UF/MUNICIPIO: _____
CNH: _____ TIPO: _____
CADUNICO **SIM ()** **NÃO ()**

2. Forma que exerce/exerceu a atividade de segurado especial:

- INDIVIDUALMENTE
 REGIME DE ECONOMIA FAMILIAR

2.1. Se exerceu ou exerce atividade em regime de economia familiar, informe sua condição no grupo:

- titular
 componente

2.2. Grupo Familiar, se exerceu ou exerce a atividade em regime de economia familiar, informe os componentes do grupo familiar:

NOME _____ DN: _____
CPF (NÚMERO E LOCAL EXPEDIÇÃO) _____
CNH (NÚMERO, TIPO E LOCAL EXPEDIÇÃO) _____
TÍTULO ELEITOR (NÚMERO, ZONA, SEÇÃO) _____
ESTADO CIVIL: _____ PARENTESCO: _____

NOME _____ DN: _____
CPF (NÚMERO E LOCAL EXPEDIÇÃO) _____
CNH (NÚMERO, TIPO E LOCAL EXPEDIÇÃO) _____
TÍTULO ELEITOR (NÚMERO, ZONA, SEÇÃO) _____
ESTADO CIVIL: _____ PARENTESCO: _____

NOME _____ DN: _____
CPF (NÚMERO E LOCAL EXPEDIÇÃO) _____
CNH (NÚMERO, TIPO E LOCAL EXPEDIÇÃO) _____
TÍTULO ELEITOR (NÚMERO, ZONA, SEÇÃO) _____
ESTADO CIVIL: _____ PARENTESCO: _____

NOME _____ DN: _____
CPF (NÚMERO E LOCAL EXPEDIÇÃO) _____
CNH (NÚMERO, TIPO E LOCAL EXPEDIÇÃO) _____
TÍTULO ELEITOR (NÚMERO, ZONA, SEÇÃO) _____
ESTADO CIVIL: _____ PARENTESCO: _____

3. Período(s) de atividade rural (dia/mês/ano):

PERÍODO (xx/xx/xxxx a xx/xx/xxxx)	CONDIÇÃO EM RELAÇÃO AO IMÓVEL*

*Proprietário / Possuidor / Comodatário / Arrendatário / Parceiro / Meeiro / Usufrutuário / Condômino / Posseiro / Assentado / Acampado

3.1. Informe os dados da(s) terra(s):



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

Registro ITR, se possuir _____
Nome da propriedade _____ Município _____
Área total do imóvel _____ Área útil _____

Registro ITR, se possuir _____
Nome da propriedade _____ Município _____
Área total do imóvel _____ Área útil _____

Registro ITR, se possuir _____
Nome da propriedade _____ Município _____
Área total do imóvel _____ Área útil _____

Registro ITR, se possuir _____
Nome da propriedade _____ Município _____
Área total do imóvel _____ Área útil _____

Registro ITR, se possuir _____
Nome da propriedade _____ Município _____
Área total do imóvel _____ Área útil _____

3.2. Qual o nome e CPF do(s) titular(es) do(s) imóvel(eis) rural:

NOME	CPF	PERÍODO (xx/xx/xxxx a xx/xx/xxxx)

3.3. Informe a atividade agropecuária principal e destinação (produtor de milho, criador de porcos etc.)

ATIVIDADE	SUBSISTÊNCIA/VENDA	VALOR ANUAL (em caso de venda)

3.4. Quais os principais locais onde comercializa a produção (feira, Cooperativa, Ceasa etc.):

PRODUTO	TIPO DE ESTABELECIMENTO	LOCAL

3.5. Informe se há/houve processo de beneficiamento/industrialização artesanal com incidência de Imposto Sobre Produtos Industrializados – IPI (produção de queijo, doce, farinha etc.): SIM () NÃO ()

PERÍODO (xx/xx/xxxx a xx/xx/xxxx)	LOCAL

3.6. Possui empregado(s) ou prestador(es) de serviço: SIM () NÃO () Especificar.

NOME	CPF, se possuir	PERÍODO (xx/xx/xxxx a xx/xx/xxxx)

4. Informe se está/esteve afastado(a) da atividade rural: SIM () NÃO () Especificar

MOTIVO	PERÍODO (xx/xx/xxxx a xx/xx/xxxx)



INSTITUTO NACIONAL DO SÉGURO SOCIAL

4.1. Informe se já morou em local diverso do meio rural.

UF/MUNICÍPIO	PERÍODO (xx/xx/xxxx a xx/xx/xxxx)

4.2. Outras atividades exercidas:

ATIVIDADE*	LOCAL	PERÍODO (xx/xx/xxxx a xx/xx/xxxx)

*Pedreiro, carpinteiro, pintor, entre outros.

4.3. Informe se recebe/recebeu outra renda nas seguintes atividades: atividade turística, artística, artesanal, dirigente sindical ou de cooperativa, mandato de vereador: SIM () NÃO ()

ATIVIDADE	PERÍODO (xx/xx/xxxx a xx/xx/xxxx)	RENDA (R\$)	OUTRAS INFORMAÇÕES *

* Para atividade artesanal, informar a origem da matéria prima.

Para mandato de vereador, informar o Município.

Para exploração de atividade turística na propriedade, indicar os dias de hospedagem por exercício.

4.4. Informe se participa de plano de previdência complementar: SIM () NÃO ()

ENTIDADE	CNPJ	INFORMAR SE É INSTITUÍDA POR ENTIDADE CLASSISTA RURAL

4.5. Informe se participa de cooperativa: SIM () NÃO ()

ENTIDADE	CNPJ	INFORMAR SE É AGROPECUÁRIA OU DE CRÉDITO RURAL

4.6. Possui outro imóvel, urbano ou rural: SIM () NÃO ()

ESPECIFICAR	REGISTRO	LOCAL	VALOR

5. Informe quais são os vizinhos da localidade onde exerce atividade rural:

NOME	CPF	ENDEREÇO

Declaro sob as penas previstas na legislação, que as informações prestadas nesta declaração são verdadeiras, estando ciente das penalidades do Art. 299 do Código Penal Brasileiro.

Local: _____ Data: _____

Assinatura do segurado/requerente



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

POLEGAR DIREITO

Art. 299 do Código Penal: Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante.

Pena - reclusão, de um a cinco anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de um a três anos, e multa, se o documento é particular.

NOTA: esta declaração deverá ser assinada pelo declarante em todas as suas páginas.

Art. 47. A comprovação do exercício de atividade rural do segurado especial, observado o disposto nos arts. 118 a 120, será feita mediante a apresentação de um dos seguintes documentos:

I – contrato de arrendamento, parceria, meação ou comodato rural, cujo período da atividade será considerado somente a partir da data do registro ou do reconhecimento de firma do documento em cartório;

II – declaração fundamentada de sindicato que represente o trabalhador rural ou, quando for o caso, de sindicato ou colônia de pescadores, desde que homologada pelo INSS;

III – comprovante de cadastro do Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária – INCRA, através do Certificado de Cadastro de Imóvel Rural – CCIR ou qualquer outro documento emitido por esse órgão que indique ser o beneficiário proprietário de imóvel rural;

IV – bloco de notas do produtor rural;

V – notas fiscais de entrada de mercadorias, de que trata o § 24 do art. 225 do RPS, emitidas pela empresa adquirente da produção, com indicação do nome do segurado como vendedor;

VI – documentos fiscais relativos à entrega de produção rural à cooperativa agrícola, entreposto de pescado ou outros, com indicação do segurado como vendedor ou consignante;

VII – comprovantes de recolhimento de contribuição à Previdência Social decorrentes da comercialização da produção;

VIII – cópia da declaração de imposto de renda, com indicação de renda proveniente da comercialização de produção rural;

IX – comprovante de pagamento do Imposto sobre a Propriedade Territorial Rural – ITR, Documento de Informação e Atualização Cadastral do Imposto sobre a propriedade Territorial Rural – DIAC ou Documento de Informação e Apuração do Imposto sobre a propriedade Territorial Rural – DIAT entregue à RFB;

X – licença de ocupação ou permissão outorgada pelo INCRA ou qualquer outro documento emitido por esse órgão que indique ser o beneficiário assentado do programa de reforma agrária; ou

XI – certidão fornecida pela FUNAI, certificando a condição do índio como trabalhador rural, observado o § 2º do art. 118.

Art. 54. Considera-se início de prova material, para fins de comprovação da atividade rural, entre outros, os seguintes documentos, desde que neles conste a profissão ou qualquer outro dado que evidencie o exercício da atividade rurícola e seja contemporâneo ao fato nele declarado, observado o disposto no art. 111:

I – certidão de casamento civil ou religioso;

II – certidão de união estável;

III – certidão de nascimento ou de batismo dos filhos;

IV – certidão de tutela ou de curatela;

V – procuração;

VI – título de eleitor ou ficha de cadastro eleitoral;

VII – certificado de alistamento ou de quitação com o serviço militar;

VIII – comprovante de matrícula ou ficha de inscrição em escola, ata ou boletim escolar do trabalhador ou dos filhos;

IX – ficha de associado em cooperativa;

X – comprovante de participação como beneficiário, em programas governamentais para a área rural nos estados, no Distrito Federal ou nos Municípios;

XI – comprovante de recebimento de assistência ou de acompanhamento de empresa de assistência técnica e extensão rural;

XII – escritura pública de imóvel;

XIII – recibo de pagamento de contribuição federativa ou confederativa;

XIV – registro em processos administrativos ou judiciais, inclusive inquéritos, como testemunha, autor ou réu;

XV – ficha ou registro em livros de casas de saúde, hospitais, postos de saúde ou do programa dos agentes comunitários de saúde;

XVI – carteira de vacinação;

XVII – título de propriedade de imóvel rural;

XVIII – recibo de compra de implementos ou de insumos agrícolas;

XIX – comprovante de empréstimo bancário para fins de atividade rural;

XX – ficha de inscrição ou registro sindical ou associativo junto ao sindicato de trabalhadores rurais, colônia ou associação de pescadores, produtores ou outras entidades congêneres;

XXI – contribuição social ao sindicato de trabalhadores rurais, à colônia ou à associação de pescadores, produtores rurais ou a outras entidades congêneres;

XXII – publicação na imprensa ou em informativos de circulação pública;

XXIII – registro em livros de entidades religiosas, quando da participação em batismo, crisma, casamento ou em outros sacramentos;

XXIV – registro em documentos de associações de produtores rurais, comunitárias, recreativas, desportivas ou religiosas;

XXV – Declaração Anual de Produto – DAP, firmada perante o INCRA;

XXVI – título de aforamento;

XXVII – declaração de aptidão fornecida para fins de obtenção de financiamento junto ao Programa Nacional de Desenvolvimento da Agricultura Familiar – PRONAF; e

XXVIII – ficha de atendimento médico ou odontológico.

Despacho (48217910)

Enviado em 17/12/2019 11:25

725390669 - Salário-Maternidade Rural (Tarefa principal)

Agendamento do cumprimento de exigência realizado pelo cidadão (protocolo: 1612892950 - data e hora da solicitação: 17/12/2019 11:25 - data e hora agendada: 30/12/2019 09:15 - unidade: (06001200) - AGÊNCIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL SIDROLÂNDIA).

Despacho (49726399)

Enviado em 30/12/2019 16:52

Unidade: 06001200 - AGÊNCIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL SIDROLÂNDIA

725390669 - Salário-Maternidade Rural (Tarefa principal)

Requerente apresentou documentos para cumprimento de exigência.

SINDICATO DOS TRABALHADORES RURAIS DE SIDROLANDIA-MS
C.N.P.J: 00864.520/0001-42 **DRT: 000193/84**
RUA: TARGINO DE SOUZA BARBOSA Nº 05 **CENTRO CEP: 79.170-000**
FONE: (067) 3272-5154 **SIDROLANDIA-MS**

SIDROLÂNDIA-MS 16 DE JANEIRO DE 2015

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

O SINDICATO DOS TRABALHADORES RURAIS DE SIDROLÂNDIA-MS DECLARA PARA OS DEVIDOS FINS DE COMPROVAÇÃO DE RESIDÊNCIA QUE O SENHOR CLEITOM CARDOSO ROSA, NACIONALIDADE BRASILEIRA, AMASIA DO PORTADOR DO RG N° 001.554.065 SSP/MS E CPF N°021.188.591-63, JUNTAMENTE COM SUA ESPOSA TAMires NATÁLIA SANTOS DA SILVA, NACIONALIDADE BRASILEIRA PORTADORA DO RG N° 001.930.714 SSP/MS E CPF N°053.712.821-22. SÃO RESIDENTES E DOMICILIADOS NO ASSENTAMENTO P. A. ELDORADO II LOTE: 721 COM 9.4000 Ha. NO MUNICÍPIO DE SIDROLÂNDIA/MS BR 060. ONDE EXERCEM ATIVIDADES AGROPECÚARIAS EM REGIME DE ECONOMIA FAMILIAR SENDO SOCÍO DESTA ENTIDADE SINDICAL DESDE A DATA DE 16/01/2015 SOB A MATRÍCULA DE N° 14933.

POR SER EXPRESSÃO DA VERDADE, ASSINO Á PRESENTE.

ATENCIOSAMENTE,

1º Ofício

Rosa

Rosa Marques de Oliveira
Presidente
SINDICATO DOS TRAB. RURAIS
Rua Targino de S. Barbosa, Nº. 05
Sidrolândia-MS





INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

ANEXO I

OFÍCIO-CIRCULAR N° 46 DIRBEN/INSS, DE 13 DE SETEMBRO DE 2019.

AUTODECLARAÇÃO DO SEGURADO ESPECIAL – RURAL
TODAS AS INFORMAÇÕES SERÃO CHECADAS NOS SISTEMAS OFICIAIS

1. Dados do Segurado:

NOME: Tamires Natalia Santos da Silva
DATA DE NASCIMENTO/DN: 24/12/1991 LOCAL DE NASCIMENTO: Iririúma - MS
ENDEREÇO RESIDENCIAL: Eldorado 2 lote 721
CPF: 053.712.823-22 RG: 001.930.714 DATA/LOCAL DE EXPEDIÇÃO: 29/set/2010 MS
TÍTULO ELEITOR: _____ UF/MUNICÍPIO: _____
CNH: _____ TIPO: _____
CADÚNICO SIM NÃO

2. Forma que exerce/exerceu a atividade de segurado especial:

INDIVIDUALMENTE
 REGIME DE ECONOMIA FAMILIAR

2.1. Se exerceu ou exerce atividade em regime de economia familiar, informe sua condição no grupo:

titular
 componente

2.2. Grupo Familiar, se exerceu ou exerce a atividade em regime de economia familiar, informe os componentes do grupo familiar:

NOME: Eleitora candosa Rosa DN: 29/08/1986
CPF (NÚMERO E LOCAL EXPEDIÇÃO): 021.188.591-63
CNH (NÚMERO, TIPO E LOCAL EXPEDIÇÃO): 0498388981
TÍTULO ELEITOR (NÚMERO, ZONA, SEÇÃO): _____
ESTADO CIVIL: Solteira PARENTESCO: _____

NOME: _____ DN: _____
CPF (NÚMERO E LOCAL EXPEDIÇÃO): _____
CNH (NÚMERO, TIPO E LOCAL EXPEDIÇÃO): _____
TÍTULO ELEITOR (NÚMERO, ZONA, SEÇÃO): _____
ESTADO CIVIL: _____ PARENTESCO: _____

NOME: _____ DN: _____
CPF (NÚMERO E LOCAL EXPEDIÇÃO): _____
CNH (NÚMERO, TIPO E LOCAL EXPEDIÇÃO): _____
TÍTULO ELEITOR (NÚMERO, ZONA, SEÇÃO): _____
ESTADO CIVIL: _____ PARENTESCO: _____

NOME: _____ DN: _____
CPF (NÚMERO E LOCAL EXPEDIÇÃO): _____
CNH (NÚMERO, TIPO E LOCAL EXPEDIÇÃO): _____
TÍTULO ELEITOR (NÚMERO, ZONA, SEÇÃO): _____
ESTADO CIVIL: _____ PARENTESCO: _____

3. Período(s) de atividade rural (dia/mês/ano):

PERÍODO (xx/xx/xxxx a xx/xx/xxxx)	CONDICÃO EM RELAÇÃO AO IMÓVEL*
<u>2014</u> <u>até 30/12/19</u>	<u>Assentado</u>

*Proprietário / Possuidor / Comodatário / Arrendatário / Parceiro / Meeiro / Usufrutuário / Condômino / Posseiro / Assentado / Acampado

3.1. Informe os dados da(s) terra(s):

Tamires Natalia Santos da Silva



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

Registro ITR, se possuir _____
Nome da propriedade _____ Município Sudolandia
Área total do imóvel 9.4 Área útil 9.4

Registro ITR, se possuir _____
Nome da propriedade _____ Município _____
Área total do imóvel _____ Área útil _____

Registro ITR, se possuir _____
Nome da propriedade _____ Município _____
Área total do imóvel _____ Área útil _____

Registro ITR, se possuir _____
Nome da propriedade _____ Município _____
Área total do imóvel _____ Área útil _____

Registro ITR, se possuir _____
Nome da propriedade _____ Município _____
Área total do imóvel _____ Área útil _____

3.2. Qual o nome e CPF do(s) titular(es) do(s) imóvel(eis) rural:

NOME	CPF	PERÍODO (xx/xx/xxxx a xx/xx/xxxx)
<u>Leitam cardoso Rosa</u>	<u>021.198.595-63</u>	<u>2014 /30/12/2019</u>

3.3. Informe a atividade agropecuária principal e destinação (produtor de milho, criador de porcos etc.)

ATIVIDADE	SUBSISTÊNCIA/VENDA	VALOR ANUAL (em caso de venda)
<u>gato de leite</u>	<u>venda de leite e consumo</u>	

3.4. Quais os principais locais onde comercializa a produção (feira, Cooperativa, Ceasa etc.):

PRODUTO	TIPO DE ESTABELECIMENTO	LOCAL
<u>leite</u>	<u>laticinios</u>	<u>Irvinhena - ms</u>

3.5. Informe se há/houve processo de beneficiamento/industrialização artesanal com incidência de Imposto Sobre Produtos Industrializados – IPI (produção de queijo, doce, farinha etc.): SIM () NÃO (X)

PERÍODO (xx/xx/xxxx a xx/xx/xxxx)	LOCAL

3.6. Possui empregado(s) ou prestador(es) de serviço: SIM () NÃO (X) Especificar.

NOME	CPF, se possuir	PERÍODO (xx/xx/xxxx a xx/xx/xxxx)

4. Informe se está/esteve afastado(a) da atividade rural: SIM (X) NÃO () Especificar

MOTIVO	PERÍODO (xx/xx/xxxx a xx/xx/xxxx)
<u>Ponto</u>	<u>10-01-19 a 10-05-19</u>

• Lamires Natalia Santos da Silva



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

4.1. Informe se já morou em local diverso do meio rural.

UF/MUNICÍPIO	PERÍODO (xx/xx/xxxx a xx/xx/xxxx)
Dourados - MS	1991 até: 2014

4.2. Outras atividades exercidas:

ATIVIDADE*	LOCAL	PERÍODO (xx/xx/xxxx a xx/xx/xxxx)
Recreacionista infantil 01/03/2012 - 22/12/2013	Dourados - MS	01/03/2012 até: 22/12/2013
acabadora	Dourados - MS	12/12/2014

*Pedreiro, carpinteiro, pintor, entre outros.

4.3. Informe se recebe/recebeu outra renda nas seguintes atividades: atividade turística, artística, artesanal, dirigente sindical ou de cooperativa, mandato de vereador: SIM () NÃO (X)

ATIVIDADE	PERÍODO (xx/xx/xxxx a xx/xx/xxxx)	RENDA (R\$)	OUTRAS INFORMAÇÕES *

* Para atividade artesanal, informar a origem da matéria prima.

Para mandato de vereador, informar o Município.

Para exploração de atividade turística na propriedade, indicar os dias de hospedagem por exercício.

4.4. Informe se participa de plano de previdência complementar: SIM () NÃO (X)

ENTIDADE	CNPJ	INFORMAR SE É INSTITUÍDA POR ENTIDADE CLASSISTA RURAL

4.5. Informe se participa de cooperativa: SIM () NÃO (X)

ENTIDADE	CNPJ	INFORMAR SE É AGROPECUÁRIA OU DE CRÉDITO RURAL

4.6. Possui outro imóvel, urbano ou rural: SIM () NÃO (X)

ESPECIFICAR	REGISTRO	LOCAL	VALOR

5. Informe quais são os vizinhos da localidade onde exerce atividade rural:

NOME	CPF	ENDEREÇO
Luciano		Eldorado II

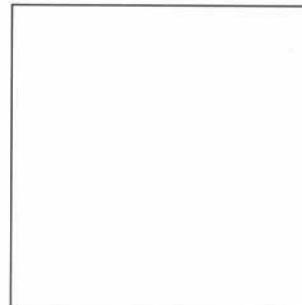
Declaro sob as penas previstas na legislação, que as informações prestadas nesta declaração são verdadeiras, estando ciente das penalidades do Art. 299 do Código Penal Brasileiro.

Local: Sidralândia Data: 30/12/19

Samires Hatalá Santos da Silva
Assinatura do segurado/requerente



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL



POLEGAR DIREITO

Art. 299 do Código Penal: Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante.
Pena - reclusão, de um a cinco anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de um a três anos, e multa, se o documento é particular.

NOTA: esta declaração deverá ser assinada pelo declarante em todas as suas páginas.

Samires Natalia Santos da Silva

RAFAEL RODRIGUES DE BRITES

ME

DORIVALINO DOS SANTOS , MS

CENTRO, 79170-000

SIDROLÂNDIA - MS

Phone/Fax: 6732721380

DANFE

Documento Auxiliar da
Nota Fiscal Eletrônica

Sala: 1

Entrada: 2

1

Nº. 14701

SÉRIE: 1
Página 1 de 1

CONTROLE DO FISCO

ÍR2%%T;,"kWÀ*À!O!*I9HbkÓ

CHAVE DE ACESSO DA NF-e

5018 0505 5227 1200 0275 5500 1000 0147 0110 4125 4066

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e:
www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz AutorizadoraNATUREZA DA OPERAÇÃO
VENDA DE MERCADORIAS

INSCRIÇÃO ESTADUAL

263819430

DESTINATARIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL

CLEITON CARDOSO ROSA

ENDERECO

P.A ELDORADO II LOTE 721,721

MUNICÍPIO

SIDROLÂNDIA

FATURA

(Nro: 14701-01 Vcto: 03/05/2018 Valor: 17,00)

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DE ICMS	VALOR ICMS	BASE DE CÁLC. ICMS SUBS.	VALOR DO ICMS-SUBS	VALOR DO FCEP	V. ICMS UF REMET.	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	17,00
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESP. ACES.	VALOR DO IPI	VALOR PIS	VALOR COPIAS
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA (9) Sem frete	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
ENDERECO	MUNICÍPIO		UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	
QUANTIDADE .000	ESPECIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO .000	PESO LÍQUIDO .000

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO

CÓDIGO PROD/SERVIÇO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM/SH	Orig. CSEN	CFOP	UND	QTDE	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	BASE CALC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALIQ. ICMS	ALIQ. IPI
9964	VAC. AF. BIOGENESIS PART012/16 FAB.11/16 VENC11/18	30023060	0300	5102	UN	10,000	1,700	17,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Inf. Fisco: DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL. NAO GERA DIREITO A CREDITO FISCAL DE IPI.

RESERVADO AO FISCO



DANFE

Documento Auxiliar da
Nota Fiscal Eletrônica

0- ENTRADA 1
1- SAÍDA

Nº 000.097.356

SÉRIE 1
FL 01/01

CONTROLE DO FISCO



CHAVE DE ACESSO DA NF-e

50-1811-09.425.423/0001-28-55-001-000.097.356-100.347.909-4

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e
www.nfe.fazenda.gov.br ou no site da Sefaz Autorizadora

PROTÓCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

150180032510836 26/11/2018 14:59:00

NATUREZA DE OPERAÇÃO
LANCAMENTO EM DECORRÊNCIA DE CUPOM FJ

INSCRIÇÃO ESTADUAL I. E. DO SUBS. TRIBUTARIO CNPJ
283464984 09.425.423/0001-28

DESTINATÁRIO REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL
CLEITOM CARDOSO ROSA/TAMIRES N. S. SILVA

(145546) CNPJ/CPF
021.188.591-63

DATA DA EMISSÃO
26/11/2018

ENDEREÇO
PROJETO DE ASSENTAMENTO ELDORADO 2 - 721

BAIRRO/DISTRITO
RURAL CEP
79.170-000

DATA DE SAÍDA
26/11/2018
HORA DE SAÍDA
14:03:34

MUNICÍPIO
SIDROLANDIA FONE/FAX
999491092

UF
MS INSCRIÇÃO ESTADUAL
287782530

FATURA

NÚMERO	VENCIMENTO	VALOR	NÚMERO	VENCIMENTO	VALOR	NÚMERO	VENCIMENTO	VALOR
		0,00			0,00			

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBST.	VALOR DO ICMS DE SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
	0,00	0,00	0,00	80,80
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI

TRANSPORTADOR VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA 0 - EMITENTE 1 - DESTINATÁRIO 9 - SEM FRETE	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
	0				
ENDEREÇO	MUNICÍPIO			UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
0			0,000	0,000

DADOS D PRODUTO / SERVIÇO

CÓD. PROD.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM	CST CSOSN	CFOP	UN.	QUANTIDADE	V. UNIT.	V. DESC.	V. TOTAL	BC. ICMS	V. ICMS	V. IPI	ALIQ ICMS	ALIQ IPI
98813	VACINA AFTOSA VALLEE DS 10 LOTE 003/18-VALLE	30023060	040	5929	UN	20,0000	1,65	0,00	33,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
5924	PARTOCILINA INJ 20ML-HERTAPE CALIER	30049079	040	5929	UN	1,0000	39,90	0,00	39,90	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
21332	RIPERCOL INJ 30ML-ZOETIS	30049071	040	5929	UN	1,0000	7,90	0,00	7,90	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Gerado A partir do(s) Documento(s): 2-46375 ;

PRAZO MÁXIMO PARA RETIRADA DOS PRODUTOS 07 (SETE) DIAS APÓS A DATA DA COMPRA.

Notas referenciadas manualmente:
Op. não presencial,Outros

RESERVADO AO FISCO

CEBIMENTO

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR



DANFE

Documento Auxiliar da
Nota Fiscal Eletrônica

0- ENTRADA
1- SAÍDA **1**

Nº 000.097.830

SÉRIE 1
FL 01/01

CONTROLE DO FISCO



CHAVE DE ACESSO DA NF-e

50-1812-09.425.423/0001-28-55-001-000.097.830-100.351.310-6

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e
www.nfe.fazenda.gov.br ou no site da Sefaz Autorizadora

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

150180033432390 04/12/2018 11:37:04

NATUREZA DE OPERAÇÃO
LANCAMENTO EM DECORRÊNCIA DE CUPOM FJ

INSCRIÇÃO ESTADUAL 283464984	I. E. DO SUBS. TRIBUTARIO 09.425.423/0001-28	CNPJ 09.425.423/0001-28
---------------------------------	---	----------------------------

DESTINATÁRIO REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL CLEITOM CARDOSO ROSA/TAMIRES N. S. SILVA		CNPJ/CPF (145546) 021.188.591-63	DATA DA EMISSÃO 04/12/2018	
ENDEREÇO PROJETO DE ASSENTAMENTO ELDORADO 2 - 721		BAIRRO/DISTRITO RURAL	CEP 79.170-000	DATA DE SAÍDA 04/12/2018
MUNICÍPIO SIDROLANDIA	FONE/FAX 999491092	UF MS	INSCRIÇÃO ESTADUAL 287782530	HORA DE SAÍDA 10:41:43

FATURA

NÚMERO	VENCIMENTO	VALOR	NÚMERO	VENCIMENTO	VALOR	NÚMERO	VENCIMENTO	VALOR
--------	------------	-------	--------	------------	-------	--------	------------	-------

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS 0,00	VALOR DO ICMS 0,00	BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBST. 0,00	VALOR DO ICMS DE SUBSTITUIÇÃO 0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 27,94	
VALOR DO FRETE 0,00	VALOR DO SEGURO 0,00	DESCONTO 0,00	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00	VALOR DO IPI 0,00	VALOR TOTAL DA NOTA 27,94

TRANSPORTADOR VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA 0 - EMISSOR 1 - DESTINATÁRIO 9 - SEM FRETE 0	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
ENDEREÇO	MUNICÍPIO		UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	
QUANTIDADE 0	ESPÉCIE	MARCA	PESO BRUTO 0,000	PESO LÍQUIDO 0,000	

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇO

CÓD PROD.	DESCRIPÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM	CST CSOSN	CFOP	UN	QUANTIDADE	V. UNIT.	V. DESC.	V. TOTAL	BC. ICMS	V. ICMS	V. IPI	ALIQ ICMS	ALIQ IPI
5960	IVOMEC INJETAVEL MERIAL 50ML-MERIAL	30049059	040	5929	UN	1,0000	18,95	0,00	18,95	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
6085	CIDENTAL MOGIVET 250ML-BIMEDA	38085929	040	5929	UN	1,0000	8,99	0,00	8,99	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Gerado A partir do(s) Documento(s): 2-48857.

PRAZO MÁXIMO PARA RETIRADA DOS PRODUTOS 07 (SETE) DIAS APÓS A DATA DA COMPRA

Notas referenciadas manualmente:

Op não presencial,Outros

RESERVADO AO FISCO



DANFE

Documento Auxiliar da
Nota Fiscal Eletrônica0- ENTRADA
1- SAÍDA 0Nº 000.037.419 - FL 1/1
SÉRIE 4

CHAVE DE ACESSO DA NF-e

5019 0136 7977 8500 0546 5500 4000 0374 1916 3315 3204

Consulta de autenticidade no portal nacional
www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da sefaz autorizadora.NATUREZA DE OPERAÇÃO
Compra para industrializaçãoCFOP
1101INSCRIÇÃO ESTADUAL
283446366INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTARIO
36.797.785/0005-46CNPJ
PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
150190003496342 05/02/2019 22:24:56

DESTINATARIO REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL CLEITON CARDOSO ROSA/TAMIRES NATALIA.S.SILVA - 706				CNPJ/CPF 021.188.591-63	DATA DA EMISSÃO 31/01/2019	
ENDERECO P A ELDORADO II LT 721			NÚMERO S/N	BAIRRO/DISTRITO ZONA RURAL	CEP 79.170-000	DATA DE SAÍDA 31/01/2019
MUNICÍPIO SIDROLANDIA			UF MS	INSCRIÇÃO ESTADUAL 287782530	HORA DE SAÍDA 22:23:38	

FATURA

NÚMERO	VENCIMENTO	VALOR	NÚMERO	VENCIMENTO	VALOR	NÚMERO	VENCIMENTO	VALOR
37419-1	30/03/2019	1.398,83						

CALCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBST.	VALOR DO ICMS DE SUBSTITUIÇÃO	VALOR DO ICMS DESONERADO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS	
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1.420,13	
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI	VALOR APROX. DOS TRIBUTOS	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1.420,13

TRANSPORTADOR VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL		FRETE POR CONTA 0- EMITENTE 1- DESTINATÁRIO 2- TERCEIRO 9- SEM FRETE	<input type="checkbox"/> 1	CNPJ/CPF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	PLACA DO VEÍCULO	UF
ENDERECO		MUNICÍPIO		CÓDIGO ANTT	UF		
QUANTIDADE	ESPECIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO 0,00	PESO LÍQUIDO 0,00		
0							

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇO

COO/PROD.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	CST / COSN	CFOP	UNI.	QUANTIDADE	V. UNITÁRIO	V. TOTAL	BC. ICMS	V. ICMS	V. IPI	ALIQ. ICMS	ALIQ. IPI
1	LEITE CRU	04022110	040	1101	LT	1.711,000	0,8300	1.420,13	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Preço Base: R\$ 0,62												
	Exames	Índice	Var.	Financeira									
	TEMPERATURA	3,43		0,0000									
	GERDURA	3,52		0,0000									
	EXTRATO SEC	8,43		0,0000									
	EXTRATO SEC.	11,95		0,0000									
	LACTOSE	4,52		0,0000									
	PROTEÍNA	2,96		0,0000									
	CONTAGEM DE	237,00		0,0000									
	CONTAGEM ID	603,00		-0,0200									
	Coletado			Valor da Faixa									
				1.11,30 Lts									
				0,01									
				Preço Líquido: 0,6300									

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Informações Complementares de interesse do Contribuinte
 Faria: 108-108-TAQUARA, FUNRURAL 1,50=21,30/ Total=21,30
 Cod. Represent: 4601 User: DEBORA Nome Represent: JOEL ANTONIO ROLIM
 Coletas: 11/01/2019 = 105 Lts - 09/01/2019 = 265 Lts - 05/01/2019 = 360 Lts - 31/01/2019 = 0 Lts - 24/01/2019 = 226 Lts - 28/01/2019 = 233 Lts - 15/01/2019 = 170 Lts - 17/01/2019 = 190 Lts - 20/01/2019 = 160 Lts
 Bônus Extra: R\$ 0,22000/Litros.

RESERVADO AO FISCO



DANFE

Documento Auxiliar da
Nota Fiscal Eletrônica

0- ENTRADA 1

1- SAÍDA N° 000.099.656

SÉRIE 1

FL 01/01

CONTROLE DO FISCO



CHAVE DE ACESSO DA NF-e

50-1902-09.425.423/0001-28-55-001-000.099.656-100.372.253-1

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e
www.nfe.fazenda.gov.br ou no site da Sefaz Autorizadora

PROTÓCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

150190003285322 04/02/2019 12:56:24

NATUREZA DE OPERAÇÃO
LANCAMENTO EM DECORRÊNCIA DE CUPOM FI

INSCRIÇÃO ESTADUAL 283464984	I. E. DO SUBS. TRIBUTARIO 9.425.423/0001-28	CNPJ 09.425.423/0001-28
---------------------------------	--	----------------------------

DESTINATÁRIO REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL
CLEITOM CARDOSO ROSA/TAMIRES N. S. SILVA

(145546) CNPJ/CPF
021.188.591-63

DATA DA EMISSÃO
04/02/2019

ENDERÉSCO
PROJETO DE ASSENTAMENTO ELDORADO 2 - 721

BAIRRO/DISTRITO
RURAL

CEP
79.170-000

DATA DE SAÍDA
04/02/2019

MUNICÍPIO
SIDROLANDIA

FONE/FAX
999491092

UF
MS

INSCRIÇÃO ESTADUAL
287782530

HORA DE SAÍDA
11:55:22

FATURA

NÚMERO	VENCIMENTO	VALOR	NÚMERO	VENCIMENTO	VALOR	NÚMERO	VENCIMENTO	VALOR
--------	------------	-------	--------	------------	-------	--------	------------	-------

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS 0,00	VALOR DO ICMS 0,00	BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBST. 0,00	VALOR DO ICMS DE SUBSTITUIÇÃO 0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 56,99	
VALOR DO FRETE 0,00	VALOR DO SEGURO 0,00	DESCONTO 0,00	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00	VALOR DO IPI 0,00	VALOR TOTAL DA NOTA 56,99

TRANSPORTADOR VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA 0 - EMITENTE 1 - DESTINATÁRIO 9 - SEM FRETE 0	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
ENDEREÇO	MUNICÍPIO			UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
QUANTIDADE 0	ESPÉCIE	MARCA	PESO BRUTO 0,000	PESO LÍQUIDO 0,000	

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇO

CÓD. PROD.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM	CST CSOSN	CFOP	UN.	QUANTIDADE	V. UNIT.	V. DESC	V. TOTAL	BC. ICMS	V. ICMS	V. IPI	ALIQ. ICMS	ALIQ. IPI
5944	CIPERTROIDE POUR ON 2L-AGENER UNIAO	38089192	040	5929	UN	1,0000	27,50	0,00	27,50	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
8340	CAIXA DESCARGA ASTRA CONT C9 LITROS BRANCA C17/S*BR1-ASTRA	39229000	060	5929	UN	1,0000	25,50	0,00	25,50	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
93048	FITA VEDA ROSCA BLUKIT 18MMX10M 102503-31-BLUKIT	39209990	060	5929	UN	1,0000	3,99	0,00	3,99	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Gerado Apartir do(s) Documento(s): 2-65493 ;

PRAZO MÁXIMO PARA RETIRADA DOS PRODUTOS 07 (SETE) DIAS APÓS A DATA DA COMPRA.

Notas referenciadas manualmente:

Op. não presencial,Outros

RESERVADO AO FISCO

Recebemos de LATICINIOS MANA LTDA os produtos e/ou serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado.
Emissão: 31/03/2019 Dest/Reme: CLEITOM CARDOSO ROSA/TAMIRES N. S. SILVA Mat. 2668 - 1 Valor Total: 1.683,45

DATA DO RECEBIMENTO

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

LATICINIOS MANA LTDA



CHA. SAO JOSE, S/N - GL. PIRAVEVE -
IVINHEMA - MS - CEP: 79740-000
Fone: (67)99655-4362

DANFE
Documento Auxiliar da
Nota Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA

0

1 - SAÍDA

Nº 000.077.899

SÉRIE 002

FOLHA 1/1



CHAVE DE ACESSO

5019 0317 2110 7200 0180 5500 2000 0778 9910 0035 6747

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e
www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz autorizadora

NATUREZA DA OPERAÇÃO

COMPRA PARA INDUSTRIALIZAÇÃO

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

150190009550518 04/04/2019 09:04:55

INSCRIÇÃO ESTADUAL
283823224

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBSTITUTO TRIBUTÁRIO

CNPJ
17.211.072/0001-80

DESTINATARIO / REMETENTE

NOME / RAZAO SOCIAL CLEITOM CARDOSO ROSA/TAMIRES N. S. SILVA Mat. 2668 - 1		CNPJ / CPF 021.188.591-63		DATA DA EMISSÃO 31/03/2019	
ENDERECO BR 060 KM 407 A DIR 20 KM. SN		BAIRRO / DISTRITO ZONA RURAL		CEP 79170-000	DATA DA SAÍDA 31/03/2019
MUNICÍPIO SIDROLÂNDIA		UF MS	TELEFONE / FAX	INSCRIÇÃO ESTADUAL 28778.2530	HORA DA SAÍDA 10:04:09

FATURA

DADOS DA FATURA	Número: 77899 - Valor Original: R\$ 1.683,45 - Valor Desconto: R\$ 269,48 - Valor Líquido: R\$ 1.413,97
-----------------	---

DEPLICATAS

Número 001	Vencimento 15/04/2019	Valor R\$1.413,97
---------------	--------------------------	----------------------

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBST.	VALOR DO ICMS SUBST.	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
	0,00	0,00	0,00	1.683,45
VALOR PIS/COFINS	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZAO SOCIAL LATICINIOS MANA LTDA			FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ / CPF 17.211.072/0001-80	
ENDERECO CHA. SAO JOSE			MUNICÍPIO	INSCRIÇÃO ESTADUAL		UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	
06-ESTADADO 1305	ESPECIE GRANEL	MARCA	IVINHEMA	MS	283823224			

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CD/BR	CD/BR	DESCRICAÇÃO DO PRODUTO / SERVICO	NCM/SH	CST	CFOP	UNID	QTDE	VALOR UNITARIO	VALOR DESCONTO	VALOR LIQUIDO	BASE DE CALC ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALIQ % ICMS	ALIQ % IPI
70001	LEITE CRU REFRIGERADO Volume(s): 1305		04012090	040	1101	LT	1.305,00	1,29	0,00	1.683,45	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
FUN RURAL (R\$ 21.530 SENAR (R\$ 0,00) RAT (R\$ 0,00)

RESERVADO AO FISCO

Valor da Frete/Envio: 1683,45

CUSTO DE CAPTAÇÃO 2º PERCURSO: 247,04

FUN RURAL (R\$ 21.530)

Preço Médio/Iboje: 1,29

Caminhão: 24-REGINALDO SIDROLÂNDIA/Andia/408-REGINALDO/INDIVIDUAL SIDROLÂNDIA

Comissão do Caminhão: 0,01 (CUSTO DE CAPTAÇÃO) / CREDITO: 0,19 (CUSTO DE CAPTAÇÃO 2º PERCURSO: 247,04) (PREÇO DE PAGAMENTO: 1,19)

ILMO. SR.

CHEFE DE AGENFA/SIDROLÂNDIA- MS.

NESTA.

Eu, **TAMIRES NATALIA SANTOS DA SILVA**, brasileira, amasiada, trabalhadora rural da agricultura familiar, residente e domiciliada no, **P.A ELDORADO II LOTE 721** com inscrição estadual: **28.778.253-0**, neste município, sob **CPF-053.712.821-22**, e **RG- 001.930.714 SSP/MS**, e o senhor, **CLEITOM CARDOSO ROSA**, brasileiro, amasiado, trabalhador rural da Agricultura familiar residente e domiciliado no, **P. A ELDORADO II LOTE- 721**, neste município, sob **CPF-021.188.591-63**, e **RG- 001.554.065 SSP/MS**, ambos trabalhadores rurais, residentes e domiciliados no assentamento, **P. A ELDORADO II LOTE 721**.

Vem por meio deste, solicitar a **INCLUSAO CADASTRAL** junto ao **CAP**, tendo em vista que ambos exercemos a atividade em regime de economia familiar e da agricultura familiar.

N. TERMOS.

P. DEFERIMENTO.

SIDROLÂNDIA- MS, 09 DE NOVEMBRO DE 2018.

Tamires Natalia Santos da Silva

TAMIRES NATALIA SANTOS DA SILVA

CPF- 053.712.821-22

Cleiton C. Rosa

CLEITOM CARDOSO ROSA

CPF- 021.188.591-63





DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA

GADO LEITEIRO

LOCALIZAÇÃO DA PROPRIEDADE

BR 060 KM 407 A DIR 20 KM

MUNICÍPIO

SIDROLANDIA

DOMICÍLIO FISCAL (AGENFA)

90107403 - AGENFA SIDROLANDIA

SITUAÇÃO CADASTRAL

DATA DA ÚLTIMA
ATUALIZAÇÃO
14 DE NOVEMBRO DE 2018

Habilitado

MOTIVO DA SITUAÇÃO CADASTRAL

Ativo

Consulta realizada no dia 26 de novembro de 2018 às 14:37:42 (horário de MS).

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da SECRETARIA DE ESTADO DE FAZENDA de MS

na internet, no endereço [www.icmtransparencia.ms.gov.br](http://icmtransparencia.ms.gov.br)

Aprovado pelo Decreto 13.222, de 17 de junho de 2011



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

NOME:
VALENTINA SANTOS CARDOSO ROSA

CPF

098.112.291-47

MATRÍCULA:

062901 01 55 2019 1 01176 213 0397590 68

DATA DE NASCIMENTO POR EXTENSO

Dez de Janeiro de Dois Mil e Dezenove

DIA / MÊS / ANO

10/01/2019

HORA

03:07 Hrs.

NATURALIDADE

Sidrolândia-MS

MUNICÍPIO DE REGISTRO E UF

Campo Grande-MS

LOCAL, MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UF

MATERNIDADE A.A.M.I., Campo Grande/MS

SEXO

Feminino

FILIAÇÃO

CLEITOM CARDOSO ROSA, natural de Dourados/MS, residente na ASSENTAMENTO ELDORADO, nº 721, ZONA RURAL, na cidade de Sidrolândia/MS e TAMIRES NATÁLIA SANTOS DA SILVA, natural de Ivinhema/MS, residente na ASSENTAMENTO ELDORADO, nº 721, ZONA RURAL, na cidade de Sidrolândia/MS

AVÓS

JOSE ROBERTO ROSA e ANA CRISTINA CARDOSO

VALDEMIR BEZERRA DA SILVA e MARIA NILZA DOS SANTOS DA SILVA

GÊMEO

NOME E MATRÍCULA DO(S) GÊMEO(S)

Não

DATA DO REGISTRO POR EXTENSO

Dez de Janeiro de Dois Mil e Dezenove

NÚMERO DA D.N.V.

30808018304

AVERBAÇÕES/ANOTAÇÕES À ACRESER

Certidão extraída do livro A-1.176, Fls 213, Termo 397.590

CPF N.098.112.291-47, EMITIDO CONFORME CONVÉNIO CELEBRADO ENTRE RECEITA FEDERAL/ARPEN-SP E INSTRUÇÃO NORMATIVA RFB 1548/15, PROV. 13 DE 03/09/2010 e PROV. 17 DE 10/08/2012, AMBOS DO C.N.J, BEM ASSIM PROV. N. 93/2013 DA CGJ/MS. OS DECLARANTES, INFORMADOS ACERCA DO TEOR DO ART. 54, § 4º DA LEI 6.015/73, OPTARAM POR FAZER CONSTAR COMO LOCAL DE NATURALIDADE DA REGISTRANDA O MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA SIDROLÂNDIA/MS.

ANOTAÇÕES DE CADASTRO

Sem informações.

2.º OFÍCIO DE NOTAS E 1º CIRCUNSCRIÇÃO DE REGISTRO CIVIL

RICARDO KLING DONINI

Rua 15 de Novembro, 940

Centro - CEP: 79002-141

Campo Grande-MS - Fone: (67) 3043-0007

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé
Campo Grande-MS, 10 de janeiro de 2019.

LUCIMARA ANGÉLICA DE OLIVEIRA
Escrevente



Selo Digital: AAC12905-226-IGB Consulte em www.tjms.jus.br

Emolumentos: Isento.

Lucimara Angélica de Oliveira
Escrevente
1ª Circunscrição de Registro Civil



MINISTÉRIO DO TRABALHO
E EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

PIS/PASEP - 200.46253.22-4

NÚMERO

6685246

SÉRIE

0030

MS

Somiro Natália S. Silva

ASSINATURA DO TITULAR



CARTA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL

**TAMIRES NATALIA SANTOS DA SILVA**

FILIAÇÃO.....: VALDEMIR BEZERRA DA SILVA
MARIA NILZA DOS SANTOS DA SILVA
NASCIMENTO....: 24/12/1991 SEXO: FEMININO
ESTADO CIVIL...: SOLTEIRO
NATURALIDADE: IVINHEMA - MS
DOCUMENTO....: P.G. 001930714 SEJSP MS 29/09/2010

LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995.

CPF.....: 053.712.821-22 CNH.....:
TIT. ELEITOR: SEÇÃO: ZONA:

LOCAL/DATA DE EMISSÃO: GRTE/MS - 30/03/2011

Assinatura
Assinatura do Servidor
Chefe do GPTPE - Gerência de Pessoal de
Trabalho e Emprego em Mato Grosso do Sul

ASSINATURA DO EMISSOR

QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO**ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE**

FILIAÇÃO

DATA DE NASC. DE / / PARA / /

DOCUMENTO

MOTIVO

NOME

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

MOTIVO

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

MOTIVO

NOME

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

MOTIVO

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

MOTIVO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

MOTIVO

L E C E N D A

A- CASAMENTO C- DIVÓRCIO E- RECONHECIMENTO DE PATERNIDADE G- DATA DE NASCIMENTO

B- SEP. JUDICIAL D- ADOÇÃO F- MUDANÇA VOLUNTÁRIA

DADOS PESSOAIS DO TRABALHADOR

GRUPO SANGUÍNEO FATOR RH	DIABETE <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	HEMOFILIA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
ALERGIAS <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		
DOADOR DE ÓRGÃOS (Dec. nº 879, de 12 de Julho de 1993)		
<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		

CARTEIRAS ANTERIORES

1º	2º
DATA DA ANOTAÇÃO	ASSINATURA E CÓDIGO DO FUNCIONÁRIO EMISSOR
3º	4º
DATA DA ANOTAÇÃO	ASSINATURA E CÓDIGO DO FUNCIONÁRIO EMISSOR
5º	6º
DATA DA ANOTAÇÃO	ASSINATURA E CÓDIGO DO FUNCIONÁRIO EMISSOR
7º	8º
DATA DA ANOTAÇÃO	ASSINATURA E CÓDIGO DO FUNCIONÁRIO EMISSOR

06

CONTRATO DE TRABALHO

EMP. CENTRO RECREATIVO PARAÍSO INFANTIL LTDA ME

14.585.736/0001-83

Endereço: RUA ONOFRE PEREIRA DE MATOS N° 2685

Bairro CENTRO Município: DOURADOS-MS

Esp. do Estabelecimento: ALOJAMENTO INFANTIL

Cargo: RECREACIONISTA INFANTIL CBO: 3714-10

Data de Admissão: 01/02/2012

Registro nº 01 Folha: 03

Remuneração Especificada R\$ 622,00

(Seiscentos e vinte e dois reais), por mês

Laís Ribeiro Ramires
CENTRO RECREATIVO PARAÍSO INFANTIL LTDA ME

1º
DATA DE SAÍDA: 22 DE MARÇO DE 2013
X *Laís Ribeiro Ramires*
ASS. DO EMPREGADOR OU A MÍDIA C/ TESTEMUNHA

2º
COM. DISPENSA CD N°:
FGTS N° DA CONTA: 07

GRANDOURADOS VEICULOS LTDA.

CNPJ: 03.835.451/0001-37

End: AV. Marcelino Pires n. 5.675

Bairro: JD. São Francisco

Municipio: Dourados - UF: MS

Esp. Estab: Comer. Varejista de automovel

Cargo: Acabadora

CBO: 7152 - 10

Data admissao: 26.06.2013

Registro nº - Fis/Ficha : 241

Remuneração especificado: R\$: 758,00

setecentos e cinquenta e oito reais.

Wilma Ferreira
ASS. DO EMPREGADOR OU AGENCIA DE TESTEMUNHA

Grandourados Veiculos Ltda.

DATA DE SAÍDA: 12 DE Agosto DE 2014

Wilma Ferreira
ASS. DO EMPREGADOR OU AGENCIA DE TESTEMUNHA

Grandourados Veiculos Ltda.

COM. DISPENSA CD Nº.....

FGTS Nº DA CONTA:.....

08

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador: RESTAURANTE YANAY

LTD ME

CNPJ: 04.261.692/0001-82

Endereço: AV. WEIMAR G. TORRES, 3787

Bairro: CENTRO

Municipio: DOURADOS - UF: MS

Cargo: AUXILIAR DE COZINHA I

C.B.O.: 51.32.05

Data de Admissão: 03/11/2015

Remuneração Especificada: R\$ 865,00

(Oitocentos e sessenta e cinco reais)

Flávia
RESTAURANTE YANAY LTDA ME

ASS. DO EMPREGADOR OU AGENCIA DE TESTEMUNHA

DATA DE SAÍDA: 25 DE Novembro DE 2015

Flávia
ASS. DO EMPREGADOR OU AGENCIA DE TESTEMUNHA

COM. DISPENSA CD Nº.....

FGTS Nº DA CONTA:.....

09

CONTRATO DE TRABALHO

MARCIO CAMARGO CLEMENTE

CPF: 614.302.181-34

Código: 926.420.422.157

End.: Rua TOSHINOBU KATAYAMA, 1200.

Bairro: VILA PLANALTO – CEP: 79826-110

Município: Dourados – UF: MS

Esp. Estab: RESIDÊNCIA

Cargo: EMPREGADA DOMESTICA

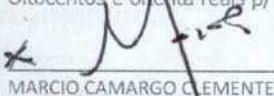
CBO: 5121-05

Data de Admissão: 01/08/2016

Registro Nº: 00002

Remuneração específica: R\$ 880,00

Oitocentos e oitenta reais p/ mês


MARCIO CAMARGO CLEMENTE

DATA DE SAÍDA: 11 DE Dezembro de 2016


ASS. DO EMPREGADO OU A ROCO C/ TESTEMUNHA

1º  2º 
COM. DISPENSA CD Nº
FGTS Nº DA CONTA:

10

CONTRATO DE TRABALHO

EMPREGADOR.....

CGC/CPF/CEI.....

ENDEREÇO.....

MUNICÍPIO.....UF.....

ESP. DO ESTABELECIMENTO.....

CARGO.....

CBO Nº

DATA DE ADMISSÃO..... DE DE

REGISTRO Nº..... FLS. / FICHA.....

REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA

..... ASS. DO EMPREGADOR OU A ROCO C/ TESTEMUNHA

1º 2º
DATA DE SAÍDA..... DE DE

..... ASS. DO EMPREGADOR OU A ROCO C/ TESTEMUNHA

1º 2º
COM. DISPENSA CD Nº
FGTS Nº DA CONTA:

11

CONTRATO DE TRABALHO

EMPREGADOR.....

CGC/CPF/CEI.....

ENDEREÇO.....

MUNICÍPIO.....UF.....

ESP. DO ESTABELECIMENTO.....

CARGO.....

CBO Nº.....

DATA DE ADMISSÃO..... DE..... DE.....

REGISTRO Nº..... FLS. / FICHA.....

REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA.....

..... ASS. DO EMPREGADOR OU A RGUE C/ TESTEMUNHA

1º..... 2º.....

DATA DE SAÍDA..... DE..... DE.....

..... ASS. DO EMPREGADOR OU A RGUE C/ TESTEMUNHA

1º..... 2º.....

COM. DISPENSA CD Nº.....

FGTS Nº DA CONTA.....

16

ALTERAÇÕES DE SALÁRIO

AUMENTADO EM.....01/01/2013 PARA R\$.....678,00.....
MOTIVO.....Reajuste x Luis Henrique Kombs.....
ASSINATURA DO EMPREGADOR

AUMENTADO EM.....01/01/2013 PARA R\$.....812,00.....
MOTIVO.....Reajuste x Delmiro Pinheiro.....
ASSINATURA DO EMPREGADOR

AUMENTADO EM...../...../..... PARA R\$.....
MOTIVO.....
ASSINATURA DO EMPREGADOR

17

ALTERAÇÕES DE SALÁRIO

AUMENTADO EM / /	PARA R\$	ASSINATURA DO EMPREGADOR
MOTIVO.....		
AUMENTADO EM / /	PARA R\$	ASSINATURA DO EMPREGADOR
MOTIVO.....		
AUMENTADO EM / /	PARA R\$	ASSINATURA DO EMPREGADOR
MOTIVO.....		
AUMENTADO EM / /	PARA R\$	ASSINATURA DO EMPREGADOR
MOTIVO.....		
AUMENTADO EM / /	PARA R\$	ASSINATURA DO EMPREGADOR
MOTIVO.....		
AUMENTADO EM / /	PARA R\$	ASSINATURA DO EMPREGADOR
MOTIVO.....		
AUMENTADO EM / /	PARA R\$	ASSINATURA DO EMPREGADOR
MOTIVO.....		

18

6685246

ANOTAÇÕES DE FÉRIAS

DE / /	A / /	ASSINATURA DO EMPREGADOR
PERÍODO / /		
DE / /	A / /	ASSINATURA DO EMPREGADOR
PERÍODO / /		
DE / /	A / /	ASSINATURA DO EMPREGADOR
PERÍODO / /		
DE / /	A / /	ASSINATURA DO EMPREGADOR
PERÍODO / /		

19

6605246

ANOTAÇÕES DE FÉRIAS

DE / / A / /

PERÍODO..... ASSINATURA DO EMPREGADOR

DE / / A / /

PERÍODO..... ASSINATURA DO EMPREGADOR

DE / / A / /

PERÍODO..... ASSINATURA DO EMPREGADOR

DE / / A / /

PERÍODO..... ASSINATURA DO EMPREGADOR

DE / / A / /

PERÍODO..... ASSINATURA DO EMPREGADOR

DE / / A / /

PERÍODO..... ASSINATURA DO EMPREGADOR

20

ANOTAÇÕES GERAIS

(Anotações autorizadas por lei).

CONTRATO DE EXPERIÊNCIA

Em 01/02/2012, assinou contrato de Experiência, por 30 dias para fins legais.

Luis Peres Ramires
CENTRO RECREATIVO PARAÍSO INFANTIL LTDA ME

CONTRIBUIÇÃO SINDICAL

Pagou Contribuição Sindical ao MTE - MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO em:

01/03/2012 no valor de R\$ 20,73

01/03/2013 no valor de R\$ 22,60

Luis Peres Ramires
CENTRO RECREATIVO PARAÍSO INFANTIL LTDA-ME

21

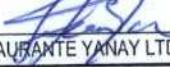
6685246

ANOTAÇÕES GERAIS

(Anotações autorizadas por lei).

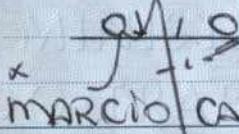
CONTRATO DE EXPERIÊNCIA

Com referência ao contrato de trabalho da página nº. 09, o titular desta, foi contratado para trabalhar pelo período experimental de 30 (Trinta) dias, com inicio em 03/11/2015, e término em 02/12/2015.


RESTAURANTE YANAY LTDA ME

REFERENTE AO REGISTRO
DA PÁG. 10 O MESMO
É OPTANTE PELO FGTS

01/08/2016


MARCIO CAMARGO CLEMENTE

22

ANOTAÇÕES GERAIS

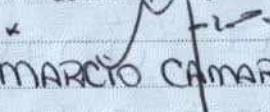
(Anotações autorizadas por lei).

REF REG PAG 10

De acordo com o art. 445 da CLT, fica
admitido em caráter de EXPERIÊNCIA
pelo prazo de 45 dias.

Datas ms. 01/08/16

Podendo ser prorrogado por mais
45 dias, obedecendo ao art. 451
da CLT, parágrafo único.


MARCIO CAMARGO CLEMENTE

23

A CRIANÇA

NOME DA CRIANÇA

Valentina Santos Caruso Ross

DATA DE NASCIMENTO

30/03/19

MUNICÍPIO DE NASCIMENTO

Campo Grande

NOME DA MÃE

Tamires Natalia Santos da Silva

NOME DO PAI

ENDERECO

BAIRRO

CEP

CIDADE

UF

RAÇA/COR/ETNIA

- BRANCA
- NEGRA
- AMARELA
- PARDAS
- INDÍGENA

UNIDADE BÁSICA QUE FREQUENTA

Nº PRONTUÁRIO UBS

Nº DECLARAÇÃO NASCIDO VIVO

Nº REGISTRO CIVIL DE NASCIMENTO



NOME: Valentina Pront. _____
D.N. 10/01/19

ACOMPANHAMENTO AUDITIVO

Retorno com 3 meses

Local: Rampa do SUS

Horário: de 2^a a 5^a feiras das 11:30 AS 12:00 HS.

OBSERVAÇÃO:

-Início do atendimento: 12:00 HS, por ordem de chegada;

-Trazer CARTÃO DO SUS DO BEBÊ;

-Não lavar cabeça do bebê um dia antes e no mesmo dia e nem trazer gripado.

Data: 18/01/19

Sara Flávia Pereira
Fonoaudióloga
CRF-MS-3142

FICHA DE NASCIMENTO

NASCIDO ÀS	HORAS, DATA: 30/03/19		
MATERNIDADE	AA MI		
CIDADE	Campo Grande	UF	MS
PESO AO NASCER	3600	COMPRIMENTO AO NASCER	49
PERÍMETRO CEFÁLICO	35	SEXO	Feminino
APGAR 1º MIN	9	APGAR 5º MIN	6
IDADE GESTACIONAL (IG)	39	SEMANAS	DIAS
MÉTODO DE AVALIAÇÃO DA IG	<input type="checkbox"/> DUM	<input type="checkbox"/> ULTRASSOM	<input type="checkbox"/> EXAME DO RN
PROFISSIONAL QUE ASSISTIU AO RN	<input checked="" type="checkbox"/> PEDIATRA	<input type="checkbox"/> ENFERMEIRO(A)	<input type="checkbox"/> PARTEIRO(A)
<input type="checkbox"/> OUTRO:			
TIPAGEM SANGUÍNEA DO RN	A+	TIPAGEM SANGUÍNEA DA MÃE	O+
ALEITAMENTO MATERNO NA PRIMEIRA HORA DE VIDA	<input type="checkbox"/> SIM		
EXAMES/TRIAGEM NEONATAL:			
MANOBRAS DE ORTOLANI	+ <input checked="" type="checkbox"/>	CONDUTA	
TESTE DO REFLEXO VERMELHO	<input checked="" type="checkbox"/> NORMAL	<input type="checkbox"/> ALTERADO	CONDUTA <i>deverá valiar até 6º mês com aferição</i>
TESTE DO PEZINHO	<input type="checkbox"/> NÃO	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<i>14.01.19</i>
RESULTADOS:			
TRIAGEM AUDITIVA2	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM	18/01/19
TESTES REALIZADOS	<input type="checkbox"/> PEATE3	<input type="checkbox"/> EOA4	
RESULTADO: OD	+	OE	+ (NORMAL/ALTERADO)

*Sara Freire Pereira
Fonoaudióloga
CRF-MS 3142*

*Claudia G. G. Sylva
Iped/Unimed*

REGISTRO DAS VACINAS DO CALENDÁRIO NACIONAL DE VACINAÇÃO

DOSES/ VACINAS	BCG	HEPATITE B	VIP/VOP	PENTA	ROTVÍRUS	PNEUMOCÓCICA
1a DOSE	DATA: 18/10/18 LOTE: 03256255 UNID: AAM1 ASS: Soma	DATA: 18/01/19 LOTE: 035760606 UNID: PRM1 ASS: Soma	DATA: 22/03/19 LOTE: 03470226 UNID: DSC-nanha ASS: Soma	DATA: 22/03/19 LOTE: 23470226 UNID: DSC-nanha ASS: Soma	DATA: 22/03/19 LOTE: 03470226 UNID: DSC-nanha ASS: Soma	DATA: 22/03/19 LOTE: PR000414 UNID: DSC-nanha ASS: Soma
2a DOSE	DATA: / LOTE: UNID: ASS:	DATA: / LOTE: C. S. S. Central UNID: VAL: 1422419 ASS: ASS:	DATA: / LOTE: C. S. S. Central UNID: VAL: 1422419 ASS: ASS:	DATA: / LOTE: C. S. S. Central UNID: VAL: 1422419 ASS: ASS:	DATA: 18/10/19 LOTE: 18-2819 UNID: ASS: ASS:	DATA: / LOTE: C. S. S. Central UNID: VAL: 1422419 ASS: ASS:
3a DOSE	DATA: / LOTE: UNID: ASS:	DATA: 31/04/19 LOTE: P3C946 UNID: DSC-nanha ASS: Soma	DATA: 31/04/19 LOTE: P3C946 UNID: DSC-nanha ASS: Soma	DATA: 31/04/19 LOTE: 2958402236 UNID: DSC-nanha ASS: Soma	DATA: 31/04/19 LOTE: 2958402236 UNID: DSC-nanha ASS: Soma	DATA: / LOTE: ASS: ASS:
DOSES/ VACINAS	MENINGOCÓCICA	FEBRE AMARELA	HEPATITE A	TRÍPLICE VIRAL	TETRA VIRAL	HPV
1a DOSE	DATA: / LOTE: C. S. S. Central UNID: VAL: 6025191 ASS: ASS:	DATA: / LOTE: C. S. S. Central UNID: VAL: 1312419 ASS: ASS:	DATA: / LOTE: 1312419 UNID: ASS: ASS:	DATA: / LOTE: 1312419 UNID: ASS: ASS:	DATA: / LOTE: 1312419 UNID: ASS: ASS:	DATA: / LOTE: ASS: ASS:
2a DOSE	DATA: 31/10/19 LOTE: AMCA20CA UNID: DSC-nanha ASS: Soma	DATA: 31/10/19 LOTE: AMCA20CA UNID: DSC-nanha ASS: Soma	DATA: / LOTE: ASS: ASS:	DATA: / LOTE: ASS: ASS:	DATA: / LOTE: ASS: ASS:	DATA: / LOTE: ASS: ASS:
3a DOSE	DATA: 04/11/19 LOTE: 04-2020 UNID: ASS: ASS:	DATA: 04/11/19 LOTE: 04-2020 UNID: ASS: ASS:	DATA: / LOTE: ASS: ASS:	DATA: / LOTE: ASS: ASS:	DATA: / LOTE: ASS: ASS:	DATA: / LOTE: ASS: ASS:

ANOTAÇÕES

Resumo da Linguinha Data: 10 / 01 / 19	
Aspectos Avaliados	Escores
1) Aparência da ponta da língua;	2
2) Fixação do frênuco no alvéolo inferior;	2
3) Elevação da língua	2
4) Protrusão da língua sobre a gengiva	2
Escore Total	8
Resultado:	
4/8: Normal ()	
4 a 6: Anquiloglossia moderada ou duvidosa ()	
0 a 3: Anquiloglossia severa ()	
Com interferência na alimentação sim () não ()	
Conduta:	altera

Macedo
Mara Crisândia Macedo Santos
Fonoaudióloga
CRF 6-2590

Este espaço é reservado para anotações dos problemas que o bebê tiver apresentado ainda na maternidade (diagnósticos, resultados de exames, tratamentos realizados, condições de alta e recomendações ao profissional de saúde para acompanhamento da criança).

Despacho (49853849)

Enviado em 02/01/2020 10:26

Unidade: 23001800 - AGÊNCIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL CEAB RECONHECIMENTO DE DIREITO DA SRV
725390669 - Salário-Maternidade Rural (Tarefa principal)

1. Trata-se de Salário-Maternidade indeferido por falta de carência.
2. Todos os vínculos empregatícios da (s) Carteira (s) de Trabalho - CTPS - apresentada (s) foram considerados para o cálculo do tempo de contribuição, em atendimento ao artigo 62 § 2º inciso I alínea "a" do Decreto 3.048/99, além do artigo 59 inciso I e artigo 10 da IN 77/2015.
3. Não foram apresentados elementos de filiação nas categorias de contribuinte individual.
4. Não foram apresentados elementos de filiação nas categorias de contribuinte facultativo.
5. Há indícios de atividade rural, todavia não foi considerada a filiação de segurado especial, pois os documentos apresentados não são hábeis a comprovação da atividade rural, tendo em vista não estarem contemporâneos.
6. A requerente contribuiu até perfazendo o total de 0 contribuições, quantidade insuficiente, haja vista que o exigido pelo Decreto 3.048/99, em seu artigo 29, inciso III, são de dez (10) contribuições, razão pela qual não possui a carência mínima exigida para a concessão do benefício.
7. Sem mais diligências. Arquive-se.


INSS
CNIS - Cadastro Nacional de Informações Sociais
Relações Previdenciárias - Portal CNIS

02/01/2020 10:21:48

Identificação do Filiado
Nit: 2.004.625.322-4
Data de Nascimento: 24/12/1991
CPF: 053.712.821-22
Nome: TAMIRES NATALIA SANTOS DA SILVA
Nome da Mãe: MARIA NILZA DOS SANTOS DA SILVA
Relações Previdenciárias

Seq.	NIT	Código Emp./NB	Origem do Vínculo	Tipo Filiado no Vínculo	Data Início	Data Fim	Últ. Remun.	Indicadores
1	2.004.625.322-4	14.585.736/0001-83	COLEGIO PARASO LTDA	Empregado	01/02/2012	22/03/2013	03/2013	
2	2.004.625.322-4	03.835.451/0001-37	GRANDOURADOS VEICULOS LTDA	Empregado	26/06/2013	12/08/2014	07/2014	
3	2.004.625.322-4	6044519531	31 - AUXILIO DOENCA PREVIDENCIARIO	Não Informado	13/12/2013	01/02/2014		
4	2.004.625.322-4	04.261.692/0001-82	RESTAURANTE YANAY LTDA	Empregado	03/11/2015	25/11/2015	11/2015	
5	2.004.625.322-4	614.302.181-34	MARCIO CAMARGO CLEMENTE	Empregado Doméstico	01/08/2016	11/12/2016	12/2016	
6	2.004.625.322-4	1929205640	80 - AUXILIO SALARIO MATERNIDADE	Não Informado				



Bases Governamentais - Painel do Cidadão

Dados do Filiado			
Nome	Data de Nascimento	CPF	NIT
TAMIRES NATALIA SANTOS DA SILVA	24/12/1991	05371282122	20046253224
QSA			
Não existem dados disponíveis.			
Seguro Desemprego			
Requerimento	Ínicio	Fim	Tipo
1298110660	19/08/2014	-	Trabalhador Formal
SINE			
NIT	Data cadastro		
200.46253.22-4	19/08/2014		

PREVIDÊNCIA SOCIAL

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

C O M U N I C A Ç Ã O D E D E C I S Ã O

SANTAREM, 02 de Janeiro de 2020

Número do Benefício: 194.403.959-4

Ao Sr(a): TAMIRES NATALIA SANTOS SILVA

Endereço: ELDORADO 721 CASA - RURAL

CEP: 79170-000 Município: SIDROLANDIA

UF: MS

ASSUNTO: Pedido de Salário Maternidade - Contribuinte Especial
Art. 93, Decreto no. 3.048/99

DECISÃO: Indeferimento do Pedido

MOTIVO: Falta de período de carência anterior ao nascimento

FUNDAMENTAÇÃO Lei no. 8.213 de 24/07/91, Art. 25, inciso III,

LEGAL: redação dada pela Lei no. 9.876, de 26/11/99, Art. 2.

1. Em atenção ao seu pedido de Salário - Maternidade, apresentado em 16/08/2019, informamos que, após análise da documentação apresentada, não foi reconhecido o direito ao benefício, tendo em vista não ter comprovado o período de 10(dez) meses de contribuição anterior ao nascimento.

Caso discorde dessa decisão, o(a) Senhor(a) poderá apresentar Recurso à Junta de Recursos da Previdência Social, no prazo de 30 (trinta) dias contados a partir do recebimento desta comunicação, observado o disposto no art. 305, par. 1º, do Regulamento da Previdência Social, aprovado pelo Decreto no. 3.048/99.

A apresentação do Recurso poderá ser agendada por meio do portal do INSS na internet (www.inss.gov.br), da Central 135 ou em uma Agência da Previdência Social.

O prazo para a revisão do benefício é de 10 (dez) anos contados da data da concessão ou do indeferimento, de acordo com o prazo decadencial previsto no art. 103 da Lei no. 8.213/91 e art. 347 do Regulamento da Previdência Social, aprovado pelo Decreto no. 3.048/99.

CHEFE DA AGÊNCIA / UNIDADE DE ATENDIMENTO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL

Agência da Previdência Social: APS SANTAREM
Endereço: RUA FLORIANO PEIXOTO 383
CEP: 68005-060 Município: SANTAREM

UF: MS

Despacho (49853951)

Enviado em 02/01/2020 10:26

Unidade: 23001800 - AGÊNCIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL CEAB RECONHECIMENTO DE DIREITO DA SRV
725390669 - Salário-Maternidade Rural (Tarefa principal)

NB: 194.403.959-4

Prezado(a) Senhor(a), Nome: TAMIRES NATALIA SANTOS DA SILVA, CPF: 053.712.821-22

Pelas regras vigentes da Previdência Social, o requerimento solicitado foi indeferido sob o número de benefício (NB) descrito acima. Aguarde correspondência com as informações ou acesse o portal de serviços Meu INSS (meu.inss.gov.br).

Em caso de dúvidas sobre o resultado da solicitação do benefício, é possível agendar o serviço de "Socialização de Informações (individuais) - Serviço Social", por meio do telefone 135 ou do Meu INSS.