



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 Última atualização 02/01/2020 10:26	Canal de atendimento Central de Serviços - Internet

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 xogência2.pdf	3,09MB	2396783 - 30/12/2019 16:49	Sim
725390669	- Salário-Maternidade Rural (Tarefa principal)				
59980864	Tamires05371282122Cumprimentodee	Cumprimento de exigência xogência3.pdf	148,18kB	2396783 - 30/12/2019 16:49	Não
725390669	- Salário-Maternidade Rural (Tarefa principal)				
59980865	Tamires05371282122Cumprimentodee	Cumprimento de exigência xogência.pdf	2,22MB	2396783 - 30/12/2019 16:50	Sim
725390669	- Salário-Maternidade Rural (Tarefa principal)				
60105977	analise_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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL PI 028

SECRETARIA DE ESTADO DE JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "GONÇALO PEREIRA"

POLEGAR DIREITO

2.357.655

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

INTERPRINT LTDA.

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 001.930.714 DATA DE EXPEDIÇÃO 29/set/2010

NOME Tamires Natália Santos da Silva

FILIAÇÃO Valdemir Bezerra da Silva
e Maria Nilza dos Santos da Silva

NATURALIDADE Ivinhema-MS DATA DE NASCIMENTO 24/dez/1991

DOC. ORIGEM C N 13.001 L A-28 / F 84
Ivinhema-MS

CPF

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

INTERPRINT LTDA.

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 Nº 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: _____
TÍTULO ELEITOR: _____ UF/MUNICÍPIO: _____
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 SEGURO 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

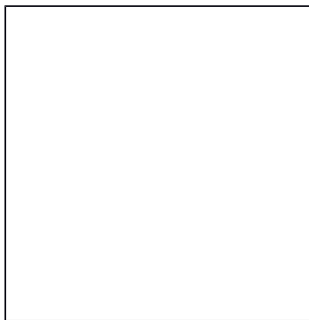
Declaro sob as penas previstas na legislação, que as informações prestadas nesta declaração são verdadeiras, estando ciente das penalidades do Art. 299 do Código Penal Brasileiro.

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 SIDROLÂNDIA-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 **SIDROLÂNDIA-MS**

SIDROLÂNDIA-MS 16 DE JANEIRO DE 2015

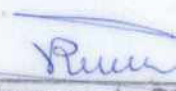
DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

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, AMASIADO PORTADOR DO RG Nº 001.554.065 SSP/MS E CPF Nº021.188.591-63, JUNTAMENTE COM SUA ESPOSA TAMIRES NATÁLIA SANTOS DA SILVA, NACIONALIDADE BRASILEIRA PORTADORA DO RG Nº 001.930.714 SSP/MS E CPF Nº053.712.821-22. 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 AGROPECUÁRIAS EM REGIME DE ECONOMIA FAMILIAR SENDO SOCÍO DESTA ENTIDADE SINDICAL DESDE Á DATA DE 16/01/2015 SOB Á MATRICULA DE Nº 14933.

POR SER EXPRESSÃO DA VERDADE, ASSINO Á PRESENTE.

ATENCIOSAMENTE,

1º Ofício


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 Nº 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 Natália Santos da Silva
DATA DE NASCIMENTO/DN: 24/12/99 LOCAL DE NASCIMENTO: Irvinhema - 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 (X) NÃO ()

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

- () INDIVIDUALMENTE
(X) REGIME DE ECONOMIA FAMILIAR

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

- () titular
(X) componente

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

NOME: Eleonora Cardoso 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)	CONDIÇÃO EM RELAÇÃO AO IMÓVEL*
<u>2014 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 Natália Santos da Silva



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

Registro ITR, se possuir
Nome da propriedade _____ Município Sidrolândia
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>Claiton Cardoso Rosa</u>	<u>021.188.591-63</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</u> <u>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>laticínios</u>	<u>Irwinhena - 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 ☒

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)
<u>Pasto</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 acabadora	01/01/Dourados - MS	01/02/2012 até 22/13/2013
	Dourados MS	12/1/2014

*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

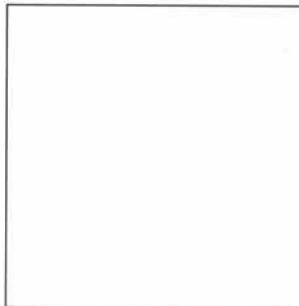
Declaro sob as penas previstas na legislação, que as informações prestadas nesta declaração são verdadeiras, estando ciente das penalidades do Art. 299 do Código Penal Brasileiro.

Local: Sidrolândia Data: 30/12/13

Samires Katalá 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.

Lamires Natália Santos da Silva

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

Nº: 14701

SÉRIE: 1

RAFAEL RODRIGUES DE BRITES
ME

DORVALINO DOS SANTOS, 855

CENTRO, 79170-000

SIDROLANDIA - MS

Fone/Fax: 6732721390

DANFE
Documento Auxiliar da
Nota Fiscal EletrônicaSaida: 1
Entrada: 2

1

Nº: 14701

SÉRIE: 1

Página 1 de 1

CONTROLE DO FISCO

IR2%%T;Â"kwÂ*Â!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 Autorizadora

NATUREZA DA OPERAÇÃO

VENDA DE MERCADORIAS

NÚMERO DO PROTOCOLO DE UTILIZAÇÃO DA NFE-e

150180011982588

DATA/HORA AUTORIZAÇÃO

03/05/2018 12:32:14

INSCRIÇÃO ESTADUAL

283819430

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO

CNPJ

05522712000275

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOMERAZÃO SOCIAL

CLEITON CARDOSO ROSA

CNPJ/CNP

02118859163

DATA DE EMISSÃO

03/05/2018

ENDEREÇO

PA ELDORADO II LOTE 721,721

BAIRRO/DISTRITO

ZONA RURAL

CEP

79170000

DATA DE SAÍDA/ENTRADA

03/05/2018

MUNICÍPIO

SIDROLANDIA

FONE/FAX

UF

MS

INSCRIÇÃO ESTADUAL

287782530

HORA DE SAÍDA/ENTRADA

12:31:48

FATURA

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

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DE ICMS

0,00

VALOR ICMS

0,00

BASE DE CALC. ICMS SUBS.

0,00

VALOR DO ICMS SUBS.

,00

VALOR DO FCEP

,00

V. ICMS UF REMET.

,00

VALOR TOTAL DOS PRODUTOS

17,00

VALOR DO FRETE

0,00

VALOR DO SEGURO

0,00

DESCONTO

0,00

OUTRAS DESP. ACESS.

0,00

VALOR DO IPI

0,00

VALOR PIS

,00

VALOR COFINS

,00

V. ICMS UF DEST.

,00

VALOR TOTAL DA NOTA

17,00

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL

PRETE POR CONTA

(9) Sem frete

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ/CNP

ENDEREÇO

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 CSOSN	CFOP	UNID	QTDE	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	BASE CALC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALIQ. ICMS	ALIQ. IPI
9984	VAC.AF. BIOGENESIS PART012/16 FAB.11/16 VENC11/18	30023060	0300	5102	UN	10,000	1,700	17,00	,00	,00	,00	,00	,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

RECEBI(EMOS) OS PRODUTOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL ABAIXO, TAMBÉM OS BOLETO DE COBRANÇA RESPECTIVOS.

NOME: CLEITOM CARDOSO ROSA/TAMIRES N. S. SILVA

VALOR: 80,80

DATA DE RECEBIMENTO

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

NF-e

Nº 000.097.356

SÉRIE 1



DANFE

Documento Auxiliar da
Nota Fiscal Eletrônica

0- ENTRADA
1- SAÍDA

1

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

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

150180032510836 26/11/2018 14:59:00

NATUREZA DE OPERAÇÃO

LANCAMENTO EM DECORRENCIA DE CUPOM FI

INSCRIÇÃO ESTADUAL

283464984

I. E. DO SUBS. TRIBUTARIO

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

26/11/2018

ENDEREÇO

PROJETO DE ASSENTAMENTO ELDORADO 2 - 721

BAIRRO/DISTRITO

RURAL

CEP

79.170-000

DATA DE SAÍDA

26/11/2018

MUNICÍPIO

SIDROLANDIA

FONE/FAX

999491092

UF

MS

INSCRIÇÃO ESTADUAL

287782530

HORA DE SAÍDA

14:03:34

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

80,80

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

80,80

TRANSPORTADOR VOLUMES TRANSPORTADOS

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

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇO

COD. 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	20,000	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	1,000	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	1,000	7,90	0,00	7,90	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Gerado Apartir 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

RECEBI(EMOS) OS PRODUTOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL ABAIXO, TAMBÉM OS BOLETO DE COBRANÇA RESPECTIVOS.

NOME: CLEITOM CARDOSO ROSA/TAMIRES N. S. SILVA

VALOR: 27,94

RECEBIMENTO

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

Nº 000.097.830

SÉRIE 1



DANFE
Documento Auxiliar da
Nota Fiscal Eletrônica

0- ENTRADA
1- SAÍDA

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 DECORRENCIA DE CUPOM FI

INSCRIÇÃO ESTADUAL

283464984

I.E. DO SUBS. TRIBUTÁRIO

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

04/12/2018

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

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 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
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	RESERVADO AO FISCO
Gerado Apartir 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	

RECEBEMOS DE (2 - IMBAUBA LATICÍNIOS LTDA) OS PRODUTOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO

DATA DE RECEBIMENTO

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR (CLEITON CARDOSO ROSA/TAMIRES NATALIA S. SILVA - 706) VALOR: 1.420,13 EMITIDA EM: 31/01/2019



IMBAUBA LATICÍNIOS LTDA
OTR CHACARA NOVA FLORIDA, N. 028 ZONA RURAL,
BANDEIRANTES-MS - 79430000 - Tel. (067) 3351-8666

DANFE

Documento Auxiliar da
Nota Fiscal Eletrônica

0- ENTRADA

1- SAÍDA

0

Nº 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.

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

150190003496342 05/02/2019 22:24:56

NATUREZA DE OPERAÇÃO

Compra para industrialização

CFOP

1101

INSCRIÇÃO ESTADUAL

283446366

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTARIO

CNPJ

36.797.785/0005-46

DESTINATÁRIO REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL

CLEITON CARDOSO ROSA/TAMIRES NATALIA S. SILVA - 706

CNPJ/CPF

021.188.591-63

DATA DA EMISSÃO

31/01/2019

ENDEREÇO

P. A. EL DORADO II LT 721

NÚMERO

S/N

BAIRRO/DISTRITO

ZONA RURAL

CEP

79.170-000

DATA DE SAÍDA

31/01/2019

MUNICÍPIO

SIDROLANDIA

FONE/FAX

(679)99491092

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						

CÁLCULO 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
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
					VALOR TOTAL DA NOTA
					1.420,13

TRANSPORTADOR VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA 0- EMITENTE 1- DESTINATÁRIO 2- TERCEIRO 9- SEM FRETE	CNPJ/CPF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	PLACA DO VEÍCULO	UF
	1				
ENDEREÇO	MUNICÍPIO	CÓDIGO ANTT	UF		
QUANTIDADE	ESPECIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
0				0,00	0,00

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇO

CD PROD.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	CST / CSOSN	CFOP	UNL	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													
TEMPERATURA													
Indice Var. Financeira													
3,43 0,0000													
CRODURA													
3,52 0,0000													
EXTRATO SEC													
8,43 0,0000													
EXTRATO SEC													
11,96 0,0000													
LACTOSE													
4,52 0,0000													
PROTEÍNA													
2,96 0,0000													
CONTAGEM DE													
237,00 0,0000													
CONTAGEM TO													
603,00 -0,0200													
Coletado													
Valor da Faixa													
1.711,00 Lts 0,01													
Peso líquido: 0,8300													

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Informações Complementares de interesse do Contribuinte
Nota: 108-108-TAQUARA, FUNRURAL 1,50%=21,30/ Total=21,30
Cód. 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 = 228 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

RECEBI(EMOS) OS PRODUTOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL ABAIXO, TAMBÉM OS BOLETO DE COBRANÇA RESPECTIVOS.

NOME: CLEITOM CARDOSO ROSA/TAMIRES N. S. SILVA

VALOR: 56,99

DATA DE RECEBIMENTO

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

Nº 000.099.656

SÉRIE 1



DANFE

Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

0- ENTRADA
1- SAÍDA

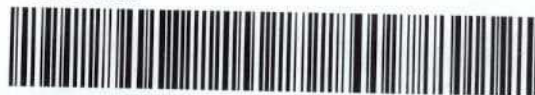
1

Nº 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

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

150190003285322 04/02/2019 12:56:24

NATUREZA DE OPERAÇÃO

LANCAMENTO EM DECORRENCIA DE CUPOM FI

INSCRIÇÃO ESTADUAL

283464984

I. E. DO SUBS. TRIBUTARIO

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

04/02/2019

ENDEREÇO

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

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

COD. 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	CIPERTROIIDE 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

ILMO. SR.

CHEFE DE AGENFA/SIDROLÂNDIA- MS.

NESTA.

Eu, **TAMIREZ 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.

Larrires Natalia Santos da Silva

TAMIREZ NATALIA SANTOS DA SILVA

CPF- 053.712.821-22

Clifton C. Rosa

CLEITOM CARDOSO ROSA

CPF- 021.188.591-63



ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL PI 028
SECRETARIA DE ESTADO DE JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "GONÇALO PEREIRA"

2.357.855

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

REGISTRO GERAL 001.930.714 DATA DE EXPEDIÇÃO 29/set/2010

NOME Tamires Natália Santos da Silva

FILIAÇÃO Valdemir Bezerra da Silva e Maria Nilza dos Santos da Silva

NATURALIDADE Ivinhema-MS DATA DE NASCIMENTO 24/dez/1991

DOC. ORIGEM C N 13.001 L A-28 F 84 Ivinhema-MS

CPF

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
053.712.821-22

Nome
TAMIRES NATALIA SANTOS DA SILVA

Nascimento
24/12/1991

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

SEFAZ
Secretaria de Estado de Fazenda

GOVERNO DO ESTADO
Mato Grosso do Sul

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO NO CADASTRO DA AGROPECUÁRIA

INSCRIÇÃO ESTADUAL 28.778.253-0 CA: 359715	DATA DE INÍCIO DA ATIVIDADE 04/02/2015
NOME DA PROPRIEDADE PROJETO DE ASSENTAMENTO ELDORADO II LOTE 721	CPF/CNPJ 021.188.591-63
RAZÃO SOCIAL/NOME CLEITOM CARDOSO ROSA	CPF DO CÔNJUGE 053.712.821-22
NOME A CONSTAR NOS DOCUMENTOS FISCAIS CLEITOM CARDOSO ROSA/TAMIRES N. S. SILVA	
NOME DO CÔNJUGE TAMIRES NATALIA SANTOS DA SILVA	

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
Habilitado	14 DE NOVEMBRO DE 2018
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.tomstransparente.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 ACRESCER

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

CPF N.098.112.291-47, EMITIDO CONFORME CONVÊNIO 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 1.ª 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

ARPENBRASIL AA 012202364 de 14/01/2019 por RICARDO KLING DONINI: 01/752896971 - Hora do servidor: 10/01/2019 13:42:38



MINISTÉRIO DO TRABALHO
E EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

PIS/PASEP - 200.46253.22-4

NÚMERO 6685246

SÉRIE 0030

MS

Samira Natália S. Silva

ASSINATURA DO TITULAR



POLEGAR DIREITO





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.....: R.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 Emissor

ASSINATURA DO EMISSOR

QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

FILIAÇÃO

DATA DE NASC. DE

PARA

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

NOME

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

NOME

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

NOME

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

LEGENDA

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 SANGÜÍNEO 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

NÚMERO	SÉRIE	UF	DATA DE EMISSÃO
/ /	/		/ /
DATA DA ANOTAÇÃO		ASSINATURA E CÓDIGO DO FUNCIONÁRIO EMISSOR	

NÚMERO	SÉRIE	UF	DATA DE EMISSÃO
/ /	/		/ /
DATA DA ANOTAÇÃO		ASSINATURA E CÓDIGO DO FUNCIONÁRIO EMISSOR	

NÚMERO	SÉRIE	UF	DATA DE EMISSÃO
/ /	/		/ /
DATA DA ANOTAÇÃO		ASSINATURA E CÓDIGO DO FUNCIONÁRIO EMISSOR	

NÚMERO	SÉRIE	UF	DATA DE EMISSÃO
/ /	/		/ /
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 Nº 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 Rives Ramires

CENTRO RECREATIVO PARAÍSO INFANTIL LTDA ME

1ª 2ª
DATA DE SAÍDA 22 DE MARÇO DE 2013

Laís Rives Ramires
ASS. DO EMPREGADOR OU ATESTADO C/TESTEMUNHA

1ª 2ª

COM. DISPENSA CD Nº

FGTS Nº DA CONTA

07

GRANDOURADOS VEICULOS LTDA.	
CNPJ: 03.835.451/0001-37	
End: AV. Marcelino Pires n. 5.675	
Bairro: JD. São Francisco	
Município : 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.	

Delma Jemur
ASS. DO EMPREGADOR OU A RÓZGO C/TESTEMUNHA
1ª *Grandourados Veículos Ltda.*

DATA DE SAÍDA: 12 DE Agosto DE 2014
Delma Jemur
ASS. DO EMPREGADOR OU A RÓZGO C/TESTEMUNHA
1ª *Grandourados Veículos Ltda.*

COM. DISPENSA CD Nº
FGTS Nº DA CONTA:

08

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador: RESTAURANTE YANAY
LTDA ME

CNPJ: 04.261.692/0001-82

Endereço: AV. WEIMAR G. TORRES, 3787

Bairro: CENTRO

Município: 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)

Delma Jemur
x
RESTAURANTE YANAY LTDA ME

ASS. DO EMPREGADOR OU A RÓZGO C/TESTEMUNHA
1ª 2ª

DATA DE SAÍDA: 25 DE Novembro DE 2015
Delma Jemur
ASS. DO EMPREGADOR OU A RÓZGO C/TESTEMUNHA
1ª 2ª

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 EMPREGADOR OU A ROSTO C/TESTEMUNHA

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 ROSTO C/TESTEMUNHA

DATA DE SAÍDA

DE

DE

ASS. DO EMPREGADOR OU A ROSTO C/TESTEMUNHA

COM. DISPENSA CD Nº

FGTS Nº DA CONTA:

11

CONTRATO DE TRABALHO

EMPREGADOR

CGO/CPF/CEI

ENDEREÇO

MUNICÍPIO UF

ESP. DO ESTABELECIMENTO

CARGO

CBO Nº

DATA DE ADMISSÃO DE DE

REGISTRO Nº FLS. / FICHA

REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA

.....

ASS. DO EMPREGADOR OU A ROGO O TESTEMUNHA

1ª 2ª

DATA DE SAÍDA DE DE

.....

ASS. DO EMPREGADOR OU A ROGO O TESTEMUNHA

1ª 2ª

COM. DISPENSA CD Nº

FGTS Nº DA CONTA:

16

ALTERAÇÕES DE SALÁRIO

AUMENTADO EM 01/01/2013 PARA R\$ 678,00

MOTIVO: Reajuste x Las Rone Romão

ASSINATURA DO EMPREGADOR

AUMENTADO EM 01/11/2013 PARA R\$ 848,00

MOTIVO: Desvio de Salário

ASSINATURA DO EMPREGADOR

AUMENTADO EM PARA R\$

MOTIVO:

ASSINATURA DO EMPREGADOR

AUMENTADO EM PARA R\$

MOTIVO:

ASSINATURA DO EMPREGADOR

AUMENTADO EM PARA R\$

MOTIVO:

ASSINATURA DO EMPREGADOR

AUMENTADO EM PARA R\$

MOTIVO:

ASSINATURA DO EMPREGADOR

AUMENTADO EM PARA R\$

MOTIVO:

ASSINATURA DO EMPREGADOR

AUMENTADO EM PARA R\$

MOTIVO:

ASSINATURA DO EMPREGADOR

17

ALTERAÇÕES DE SALÁRIO

AUMENTADO EM.../.../... PARA R\$...

MOTIVO... ASSINATURA DO EMPREGADOR

AUMENTADO EM.../.../... PARA R\$...

MOTIVO... ASSINATURA DO EMPREGADOR

AUMENTADO EM.../.../... PARA R\$...

MOTIVO... ASSINATURA DO EMPREGADOR

AUMENTADO EM.../.../... PARA R\$...

MOTIVO... ASSINATURA DO EMPREGADOR

AUMENTADO EM.../.../... PARA R\$...

MOTIVO... ASSINATURA DO EMPREGADOR

AUMENTADO EM.../.../... PARA R\$...

MOTIVO... ASSINATURA DO EMPREGADOR

AUMENTADO EM.../.../... PARA R\$...

MOTIVO... ASSINATURA DO EMPREGADOR

AUMENTADO EM.../.../... PARA R\$...

MOTIVO... ASSINATURA DO EMPREGADOR

18

8885248

ANOTAÇÕES DE FÉRIAS

DE 01/07/2014 A 30/07/2014

PERÍODO 2013/2014

DE 1/08/2015 A 31/08/2015

PERÍODO 2015/2015

DE.../.../... A.../.../...

PERÍODO.../.../.../.../...

DE.../.../... A.../.../...

PERÍODO.../.../.../.../...

DE.../.../... A.../.../...

PERÍODO.../.../.../.../...

DE.../.../... A.../.../...

PERÍODO.../.../.../.../...

19

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.

Luís Alves 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

Luís Alves Ramires
CENTRO RECREATIVO PARAÍSO INFANTIL LTDA-ME

21

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 início 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.

Dados 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 Cardoso Rosa		
DATA DE NASCIMENTO 30/03/1999	MUNICÍPIO DE NASCIMENTO Campo Grande	
NOME DA MÃE Tamires natalia Santos da Silva		
NOME DO PAI		
ENDEREÇO		
BAIIRRO		
CEP		
CIDADE		UF
RAÇA/COR/ETNIA <input type="checkbox"/> BRANCA <input type="checkbox"/> NEGRA <input type="checkbox"/> AMARELA <input type="checkbox"/> PARDA <input type="checkbox"/> INDÍGENA		
UNIDADE BÁSICA QUE FREQUENTA		
Nº PRONTUÁRIO UBS		
Nº DECLARAÇÃO NASCIDO VIVO		
Nº REGISTRO CIVIL DE NASCIMENTO		

ASSOCIAÇÃO DE AMPARO À MATERNIDADE À
INFÂNCIA

TELEFONE: (67) 30414750

RUA MARECHAL RONDON, 2.644-CAMPO GRANDE MS

NOME: Valentina Pront. _____

D.N. 10/01/19

ACOMPANHAMENTO AUDITIVO

Retorno com 3 meses

Local: Rampa do SUS

Horário: de 2ª a 5ª 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 Fria de Pereira
Fonoaudióloga
CRFA 3142

FICHA DE NASCIMENTO

NASCIDO ÀS		HORAS, DATA: 30/03/19	
MATERNIDADE AAMI			
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 SANGÜÍNEA DO RN A+		TIPAGEM SANGÜÍNEA DA MÃE O+	
ALEITAMENTO MATERNO NA PRIMEIRA HORA DE VIDA <input type="checkbox"/> SIM			
EXAMES/TRIAGEM NEONATAL:			
MANOBRAS DE ORTOLANI <input checked="" type="checkbox"/> + <input checked="" type="checkbox"/> X		CONDUTA	
TESTE DO REFLEXO VERMELHO <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ALTERADO		CONDUTA de avaliação até 6º mês com oftalmologista	
TESTE DO PEZINHO <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> SIM		DATA 19.01.19	
RESULTADOS:			
TRIAGEM AUDITIVA 2 () NÃO <input checked="" type="checkbox"/> SIM DATA 18/01/19			
TESTES REALIZADOS: () PEATE () EOA 4			
RESULTADO: OD + OE + (NORMAL/ALTERADO)			

Sara Freire Pereira
Fonoaudióloga
CRE 3142

Claudia G. G. Silva
Ipedi/Ipape

REGISTRO DAS VACINAS DO CALENDÁRIO NACIONAL DE VACINAÇÃO

DOSES/ VACINAS	BCG	HEPATITE B	VIP/VOP	PENTA	ROTAVÍRUS	PNEUMOCÓCICA
1a DOSE	DATA: 18/01/19 LOTE: 035604006 UNID: AMI I ASS: Son	DATA: 18/01/19 LOTE: 035604006 UNID: AMI I ASS: Son	DATA: 22/03/19 LOTE: 11129 UNID: 08. nantes ASS: Jore	DATA: 22/03/19 LOTE: 29V70226 UNID: 08. nantes ASS: Jore	DATA: 22/03/19 LOTE: 84-2819 UNID: 08. nantes ASS: Jore	DATA: 22/03/19 LOTE: P10041A UNID: 08. nantes ASS: Jore
2a DOSE		DATA: / / LOTE: / UNID: / ASS: /	DATA: / / LOTE: / UNID: / ASS: /	DATA: / / LOTE: / UNID: / ASS: /	DATA: 18/06/19 LOTE: 84-2819 UNID: / ASS: /	DATA: / / LOTE: / UNID: / ASS: /
3a DOSE		DATA: / / LOTE: / UNID: / ASS: /	DATA: 31/07/19 LOTE: P3C86 UNID: 08. nantes ASS: Jore	DATA: 31/07/19 LOTE: 2958V0223E UNID: 08. nantes ASS: Jore	DATA: / / LOTE: / UNID: / ASS: /	DATA: / / LOTE: / UNID: / ASS: /
DOSES/ VACINAS	MENINGOCÓCICA C	FEBRE AMARELA	HEPATITE A	TRÍPLICE VIRAL	TETRA VIRAL	HPV
1a DOSE	DATA: / / LOTE: / UNID: / ASS: /	DATA: / / LOTE: / UNID: / ASS: /	DATA: / / LOTE: / UNID: / ASS: /	DATA: / / LOTE: / UNID: / ASS: /	DATA: / / LOTE: / UNID: / ASS: /	DATA: / / LOTE: / UNID: / ASS: /
2a DOSE	DATA: 31/07/19 LOTE: AMCA200A UNID: 08. nantes ASS: Jore	DATA: / / LOTE: / UNID: / ASS: /	DATA: / / LOTE: / UNID: / ASS: /	DATA: / / LOTE: / UNID: / ASS: /	DATA: / / LOTE: / UNID: / ASS: /	DATA: / / LOTE: / UNID: / ASS: /
3a DOSE				DATA: / / LOTE: / UNID: / ASS: /		DATA: / / LOTE: / UNID: / ASS: /

ANOTAÇÕES

MATERNIDADE
CANDIDO MARIANO

Avaliação da Linguinha Data: 10 / 01 / 19	
Aspectos Avaliados	Escore
1) Aparência da ponta da língua:	2
2) Fixação do frênulo no alvéolo inferior:	2
3) Elevação da língua	2
4) Protrusão da língua sobre a gengiva	2
Escore Total	8
Resultado:	
7/8: Normal (X)	
4 a 6: Anquiloglossia moderada ou duvidosa ()	
0 a 3: Anquiloglossia severa ()	
Com interferência na amamentação sim () não ()	
Conduta: <u>alta</u>	

Mara Crisiane Macedo Santos
Fonoaudióloga
CRF 6-2590

Teste do Reflexo Vermelho

Data: 10/01/19

() Normal () Alterado

Conduta: Normal

Ass: [Assinatura]

Obs: Repetir o teste com oftalmologista com 06 meses de vida

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

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



Bases Governamentais - Painei 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	Início	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.