GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA
Secretaria da Segurança Pública
Diretoria Geral
Diretoria Administrativa

DOC: 0500180018908
DATA 27/03/2018 HORA 16:00
ASS:
3.997

Ofício nº346/2018.

Salvador, 26 de março de 2018.

Sua Excelência o Senhor
JOÃO EVILÁSIO VASCONCELO BONFIM
Conselheiro Relator do Tribunal de Contas do Estado da Bahia

Processo: TCE/009582/2017
Notificação: 000360/2018
Natureza: Auditoria e Inspeção
Processo SSP: 0500180018908
CPF: 291412655-72
Endereço: Rua Nova, Brasília nº 122, Plataforma.

Prezado Senhor,

Cumprimentando-o cordialmente, encaminhamos a Vossa Excelência, esclarecimentos, referentes a Notificação nº000360/2018, correspondente ao item 5.2.1.1 conforme segue:

5.2.1.1 – Descumprimento de cláusulas c contratuais por empresas terceirizadas:

Conforme esclarecimentos/informações da Coordenação de Material e Patrimônio, segue cópias das documentações comprobatórias das regularizações, acerca dos pontos levantados em auditoria: Atesto de Saúde Ocupacional; Relação de Segurados e Comprovante de Pagamento do Seguro de Vida, e Comprovante de Plano Médico Odontológico.

Ressalto ainda as providências adotadas por esta Diretoria, referentes a abertura de processos administrativos, visando o atendimento as unidades desta SSP no CAB e unidades externas, (processos nº 0500170028930 e 0500170026015) objetivando a contratação dos serviços de conservação e limpeza, visando a substituição da empresa Prime Empreendimentos e Serviços LTDA, face ao não atendimento satisfatório de suas obrigações contratuais.

Atenciosamente,

Rosana Lobo Amaral de Castro
Diretora Administrativa

TCE-PROTOCOLO GERAL
RECEBIDO
EM 05/04/2018
Venicio S. Jesukewixe
POSITIVA-GEPRO

Este documento foi assinado eletronicamente. As assinaturas realizadas estão listadas em sua última página.
Sua autenticidade pode ser verificada no Portal do TCE/BA através do QRCode ou endereço https://www.tce.ba.gov.br/autenticacaocopia, digitando o código de autenticação: GWOTQXNTQ5

Secretaria da Segurança Pública
Fls. 02
Protocolo

GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
DIRETORIA GERAL
DIRETORIA ADMINISTRATIVA

INFORMAÇÕES PARA RELATÓRIO TCE

À DIRETORIA ADMINISTRATIVA

Considerando Relatório do Tribunal de Contas do Estado - TCE temos a informar:

5.2.1.1 Descumprimento de cláusulas contratuais por empresa terceirizada

Os apontamentos de auditoria referente ao Contrato nº 005/2017 firmado entre esta Secretaria e a empresa Prime Empreendimentos e Serviço LTDA, referente a conservação e limpeza das unidades desta SSP, já foram regularizados conforme documentações comprobatórias em anexo: Atestado de Saúde Ocupacional realizado no mês de janeiro 2018, Relação de Segurados e Comprovante de Pagamento do Seguro de Vida, e Comprovante de Plano Médico e Odontológico.

Quanto aos atrasos nos pagamentos dos salários e benefícios (VT e VA) dos prestadores de serviços, os mesmos desde novembro de 2017 estão sendo cumpridos dentro dos prazos legais.

Ressalta-se que os 02 processos licitatórios abertos para atender as unidades desta SSP no CAB e unidades externas (fora CAB), cujos números de protocolo são 0500170028930 e 0500170026015 respectivamente, ainda encontram-se em análise técnica da SAEB. Quanto aos serviços de limpeza que serão disponibilizados pela Central de Serviços Compartilhados da SAEB ainda não existe prazo para contratação dos postos.

Em, 27 de março de 2018.

DANILO RIBEIRO DE OLIVEIRA
Coordenador de Material e Patrimônio

Este documento foi assinado eletronicamente. As assinaturas realizadas estão listadas em sua última página.
Sua autenticidade pode ser verificada no Portal do TCE/BA através do QRCode ou endereço https://www.tce.ba.gov.br/autenticacaocopia, digitando o código de autenticação: GWOTQXNTQ5

Recibo do Pagador

Banco Itaú S.A. **|341-7|** **34191.09008 03530.470719 24639.830009 6 74190000129336**

Beneficiário	Agência/Código do Beneficiário	Espécie	Quantidade	Nosso número
QUALIDONTO-QUALIDADE EM ODONTOLOGIA LTDA 10456692000130 AV. TANCREDO NEVES,620, SLS - 1805/1806, CENTRO EMP MUNDO PLAZA, CAM DAS ÁRVORES, SSA-BA	0712/46398-3	R$		109/00035304-7

Número do documento	CPF/CNPJ	Vencimento	Valor documento
0000265	10456692000130	29/01/2018	R$ 1.293,36

(-) Desconto / Abatimentos	(-) Outras deduções	(+) Mora / Multa	(+) Outros acréscimos	(=) Valor cobrado

Pagador
PRIME SERVICOS E EMPREENDIMENTOS LTDA ME
12668873000156
AV JURACY MAGALHAES JUNIOR 300 - EDF. W.A. EMPRESARIAL, SALA 104 - 01º ANDAR - PRÓXIMO A UNIFACS - RIO VERMELHO
41940060 - SALVADOR/BAHIA

Instruções

Autenticação mecânica

Ref.: Mensalidade 12/2017

Corte na linha pontilhada

Banco Itaú S.A. **|341-7|** **34191.09008 03530.470719 24639.830009 6 74190000129336**

Local de pagamento	Vencimento
Até o vencimento, preferencialmente no Itaú. Após o vencimento, somente no Itaú.	29/01/2018
Beneficiário	Agência/Código Beneficiário
QUALIDONTO-QUALIDADE EM ODONTOLOGIA LTDA 10456692000130 AV. TANCREDO NEVES,620, SLS - 1805/1806, CENTRO EMP MUNDO PLAZA, CAM DAS ÁRVORES, SSA-BA	0712/46398-3

Data do documento	No documento	Espécie doc.	Aceite	Data processamento	Nosso número
26/01/2018	0000265	DM	N	26/01/2018	109/00035304-7

Uso do banco	Carteira	Espécie	Quantidade	Valor Documento	(=) Valor documento
	109	R$			R$ 1.293,36

Instruções (Texto de responsabilidade do Beneficiário. Qualquer dúvida sobre este boleto, contate o Beneficiário.)

Ref.: Mensalidade 12/2017
Após o vencimento cobrar:
Juros de R$ 0,43 ao dia. Multa de R$ 25,87.
Após 30 dias de atraso protestar.
Somente receber at 60 dias de atraso.

(-) Desconto / Abatimentos
(-) Outras deduções
(+) Mora / Multa
(+) Outros acréscimos
(=) Valor cobrado

Pagador
PRIME SERVICOS E EMPREENDIMENTOS LTDA ME
12668873000156

41940060 - SALVADOR/BAHIA

Cód. baixa

Sacador/Avalista

Autenticação mecânica - **Ficha de Compensação**

Corte na linha pontilhada

Secretaria da Segurança Pública
Fls. 03
Protocolo

Este documento foi assinado eletronicamente. As assinaturas realizadas estão listadas em sua última página.
Sua autenticidade pode ser verificada no Portal do TCE/BA através do QRCode ou endereço https://www.tce.ba.gov.br/autenticacaocopia, digitando o código de autenticação: GWOTQXNTQ5

Secretaria da Segurança Pública
Fls. 04
Protocolo

Boletos, Convênios e outros

A33G261629608918033
26/01/2018 16:46:42

26/01/2018 - BANCO DO BRASIL - 16:46:42
281602816 0002

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: PRIME SERVICOS E EMPREEND
AGENCIA: 2816-9 CONTA: 47.187-9

ITAU UNIBANCO S.A.

34191090080353047071924639830009674190000129336
NR. DOCUMENTO 12.610
DATA DO PAGAMENTO 26/01/2018
VALOR DO DOCUMENTO 1.293,36
VALOR COBRADO 1.293,36

NR.AUTENTICACAO 0.835.C1F.D0C.FDF.B92

Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC
0800 729 0722
Informacoes, reclamacoes e cancelamento de produtos e servicos.

Ouvidoria
0800 729 5678
Reclamacoes nao solucionadas nos canais habituais: agencia, SAC e demais canais de atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala
0800 729 0088
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de cartao, outros produtos e servicos de Ouvidoria.

Transação efetuada com sucesso por: JB481760 ANDSON J R BARBOSA.

Este documento foi assinado eletronicamente. As assinaturas realizadas estão listadas em sua última página.
Sua autenticidade pode ser verificada no Portal do TCE/BA através do QRCode ou endereço https://www.tce.ba.gov.br/autenticacaocopia, digitando o código de autenticação: GWOTQXNTQ5

Recibo do Pagador

Banco Itaú S.A. **|341-7|** **34191.09008 03530.210719 24639.830009 2 74190000112303**

Beneficiário	Agência/Código do Beneficiário	Espécie	Quantidade	Nosso número
QUALIDONTO-QUALIDADE EM ODONTOLOGIA LTDA 10456692000130 AV. TANCREDO NEVES,620, SLS - 1805/1806, CENTRO EMP MUNDO PLAZA, CAM DAS ÁRVORES, SSA-BA	0712/46398-3	R$		109/00035302-1

Número do documento	CPF/CNPJ	Vencimento	Valor documento
0000265	10456692000130	29/01/2018	R$ 1.123,03

(-) Desconto / Abatimentos	(-) Outras deduções	(+) Mora / Multa	(+) Outros acréscimos	(=) Valor cobrado

Pagador
PRIME SERVICOS E EMPREENDIMENTOS LTDA ME
12668873000156
AV JURACY MAGALHAES JUNIOR 300 - EDF. W.A. EMPRESARIAL, SALA 104 - 01° ANDAR - PRÓXIMO A UNIFACS - RIO VERMELHO
41940060 - SALVADOR/BAHIA

Instruções — Autenticação mecânica

Ref.: Mensalidade 01/2018

Corte na linha pontilhada

Banco Itaú S.A. **|341-7|** **34191.09008 03530.210719 24639.830009 2 74190000112303**

Local de pagamento	Vencimento
Até o vencimento, preferencialmente no Itaú. Após o vencimento, somente no Itaú.	29/01/2018
Beneficiário	Agência/Código Beneficiário
QUALIDONTO-QUALIDADE EM ODONTOLOGIA LTDA 10456692000130 AV. TANCREDO NEVES,620, SLS - 1805/1806, CENTRO EMP MUNDO PLAZA, CAM DAS ÁRVORES, SSA-BA	0712/46398-3

Data do documento	Nº documento	Espécie doc.	Aceite	Data processamento	Nosso número
26/01/2018	0000265	DM	N	26/01/2018	109/00035302-1

Uso do banco	Carteira	Espécie	Quantidade	Valor Documento	(=) Valor documento
	109	R$			R$ 1.123,03

Instruções (Texto de responsabilidade do Beneficiário. Qualquer dúvida sobre este boleto, contate o Beneficiário.)

Ref.: Mensalidade 01/2018
Após o vencimento cobrar:
Juros de R$ 0,37 ao dia. Multa de R$ 22,46.
Após 30 dias de atraso protestar.
Somente receber at 60 dias de atraso.

(-) Desconto / Abatimentos
(-) Outras deduções
(+) Mora / Multa
(+) Outros acréscimos
(=) Valor cobrado

Pagador
PRIME SERVICOS E EMPREENDIMENTOS LTDA ME
12668873000156

41940060 - SALVADOR/BAHIA

Cód. baixa

Sacador/Avalista

Autenticação mecânica - **Ficha de Compensação**

Corte na linha pontilhada

Secretaria da Segurança Pública
Fls. 05
Protocolo

Este documento foi assinado eletronicamente. As assinaturas realizadas estão listadas em sua última página.
Sua autenticidade pode ser verificada no Portal do TCE/BA através do QRCode ou endereço https://www.tce.ba.gov.br/autenticacaocopia, digitando o código de autenticação: GWOTQXNTQ5

Secretaria da Segurança Pública
Fls. 06
Protocolo

Boletos, Convênios e outros

A33G261629608918037
26/01/2018 16:47:32

26/01/2018 - BANCO DO BRASIL - 16:47:32
281602816 0004

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: PRIME SERVICOS E EMPREEND
AGENCIA: 2816-9 CONTA: 47.187-9

ITAU UNIBANCO S.A.

34191090080353021071924639830009274190000112303

NR. DOCUMENTO	12.611
DATA DO PAGAMENTO	26/01/2018
VALOR DO DOCUMENTO	1.123,03
VALOR COBRADO	1.123,03

NR.AUTENTICACAO E.E32.C05.AA2.6AF.2BB

Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC
0800 729 0722
Informacoes, reclamacoes e cancelamento de produtos e servicos.

Ouvidoria
0800 729 5678
Reclamacoes nao solucionadas nos canais habituais: agencia, SAC e demais canais de atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala
0800 729 0088
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de cartao, outros produtos e servicos de Ouvidoria.

Transação efetuada com sucesso por: JB481760 ANDSON J R BARBOSA.

Este documento foi assinado eletronicamente. As assinaturas realizadas estão listadas em sua última página.
Sua autenticidade pode ser verificada no Portal do TCE/BA através do QRCode ou endereço https://www.tce.ba.gov.br/autenticacaocopia, digitando o código de autenticação: GWOTQXNTQ5

Secretaria da Segurança Pública
Fls. 07
Protocolo

Segunda Via

Itaú Banco Itaú S.A. | 341-7 |

RECIBO DO PAGADOR

Local de Pagamento: PAGAVEL EM QUALQUER BANCO ATE O VENCIMENTO						Vencimento: 23/02/2018
Beneficiário: QUALIDONTO QUALIDADE E O L ME CNPJ 10.456.692/0001-30						Agência/Código Beneficiário: 0712/46398-3
Endereço Beneficiário / Sacador Avalista: AVENIDA TANCREDO NEVES 620 1805 E 1806 CAMINHO ARVORES SALVADOR BA 41820-020						
Data do documento: 23/02/2018	No. Do documento: 0000036137		Espécie doc.: DV	Aceite: N	Data Processamento: 23/02/2018	Nosso Número: 181/21232419-9
Uso do Banco	Carteira: 181	Espécie: R$	Quantidade		Valor	(=) Valor do Documento: 1.120,54

Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre este boleto contate o beneficiário.

BOLETO ORIGINAL:
109/00036137-0 , VCTO 20/02/2018 NO VALOR DE R$ 1.097,48

NAO RECEBER APOS O VENCIMENTO

CLIENTE ITAU:PAGUE NO BANKFONE, BANKLINE OU CAIXAS ELETRONICOS

(-) Descontos/Abatimento

(+) Mora/Multa

(=) Valor Cobrado

Pagador: PRIME SERV E EMP LTDA M CNPJ/CPF 012668873000156
Endereço: Av JURACY MAGALHAES JUNIOR , num. 300 - 41940-060 RIO VERMELHO SALVADOR BA
Sacador/Avalista:

Autenticação mecânica

Itaú Banco Itaú S.A. | 341-7 | 34191.81213 23241.990714 24639.830009 3 74440000112054

Local de Pagamento: PAGAVEL EM QUALQUER BANCO ATE O VENCIMENTO						Vencimento: 23/02/2018
Beneficiário: QUALIDONTO QUALIDADE E O L ME CNPJ 10.456.692/0001-30						Agência/Código Beneficiário: 0712/46398-3
Data do documento: 23/02/2018	No. Do documento: 0000036137		Espécie doc.: DV	Aceite: N	Data Processamento: 23/02/2018	Nosso Número: 181/21232419-9
Uso do Banco	Carteira: 181	Espécie: R$	Quantidade		Valor	(=) Valor do Documento: 1.120,54

Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre este boleto contate o beneficiário.

BOLETO ORIGINAL:
109/00036137-0 , VCTO 20/02/2018 NO VALOR DE R$ 1.097,48

NAO RECEBER APOS O VENCIMENTO

CLIENTE ITAU:PAGUE NO BANKFONE, BANKLINE OU CAIXAS ELETRONICOS

(-) Descontos/Abatimento

(+) Mora/Multa

(=) Valor Cobrado

Pagador: PRIME SERV E EMP LTDA M CNPJ/CPF 012668873000156
Endereço: Av JURACY MAGALHAES JUNIOR , num. 300 - 41940-060 RIO VERMELHO SALVADOR BA
Sacador/Avalista:

Ficha de Compensação
Autenticação Mecânica

Sua autenticidade pode ser verificada no Portal do TCE/BA através do QRCode ou endereço https://www.tce.ba.gov.br/autenticacaocopia, digitando o código de autenticação: GWOTQXNTQ5

Secretaria da Segurança Pública
Fls. 08
Protocolo

Consultas - Emissão de comprovantes

A33G011444538259012
01/03/2018 14:55:59

```
01/03/2018    -  BANCO  DO  BRASIL  -    14:55:59
281602816                                    0005

     COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: PRIME SERVICOS E EMPREEND
AGENCIA: 2816-9          CONTA:          47.187-9
================================================
ITAU UNIBANCO S.A.
------------------------------------------------
34191812132324199071424639830009374440000112054
NR. DOCUMENTO                              22.305
DATA DO PAGAMENTO                      23/02/2018
VALOR DO DOCUMENTO                      1.120,54
VALOR COBRADO                           1.120,54
================================================
NR.AUTENTICACAO             0.DE5.29E.B88.D2D.3F1
```

Transação efetuada com sucesso por: JB481760 ANDSON J R BARBOSA.

Este documento foi assinado eletronicamente. As assinaturas realizadas estão listadas em sua última página.
Sua autenticidade pode ser verificada no Portal do TCE/BA através do QRCode ou endereço https://www.tce.ba.gov.br/autenticacaocopia, digitando o código de autenticação: GWOTQXNTQ5

Secretaria da Segurança Pública
Fls. 09
Protocolo

PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS
AV. RIO BRANCO, 1489
SÃO PAULO - SP - CEP 01309-005
CNPJ 061.198.164/0001-60

Recibo do Sacado

Nosso Número: 05/00/095882182-6
Número do Título: 58302321

Vencimento	Agência/Código Cedente	Espécie	Quantidade	(=) Valor Multa	(=) Valor Cobrado
25/02/2018	2374-4/62480-2	R$	1.025,21		

(=) Valor do Cartório	(+) Outros Acréscimos	Autenticação Mecânica
1.025,21		

Sacado
012668873/0001-56-PRIME SERVICOS E EMPREENDIMENTOS LTDA

Agência / Departamento
NUMERO APOLICE :04 0000 0000 005139852 000000000 000000 001

BRADESCO | **237-2** | 23792.37403 59809.588211 82006.248007 7 74460000102521

Local de Pagamento
PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO ATÉ O VENCIMENTO

Vencimento
25/02/2018

Cedente
PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

Agência/Código Cedente
2374-4/62480-2

Data Documento	Número Documento	Espécie Doc.	Data Processamento	Aceite
08/02/2018	5830232142	3	08/02/2018	N

Uso do Banco
CIP - 775

Carteira	Espécie Moeda	Quantidade Moeda	Valor Moeda
5	R$	1.025,21	

Nosso Número
05/00/095882182-6

(=) Valor Documento
1.025,21

Instruções
AUTORIZADO O RECEBIMENTO ATE 10 DIAS APOS O VENCIMENTO, ACRESCIDO COM UMA TAXA DE 0,30 % AO DIA, A TITULO DE REATIVACAO.
A COBERTURA FICARA SUSPENSA NO PERIODO DE INADIMPLENCIA.
OU SEJA: DA DATA DE VENCIMENTO ATE A ZERO HORA DO DIA SEGUINTE AO PAGAMENTO.
SEGURO DE VIDA

NUMERO APOLICE :04 0000 0000 005139852 000000000 000000 001

(-) Desconto / Abatimentos
(+) Outros Acréscimos
(-) Valor Dedução
(+) Outros Acréscimos
(=) Valor Cobrado

Sacado
012668873/0001-56-PRIME SERVICOS E EMPREENDIMENTOS LTDA
90351J PARCEIRO CORRETORA DE SEGUROS LTDA

A FALTA DE PAGAMENTO DA PRIMEIRA PARCELA IMPLICARÁ O CANCELAMENTO DA APÓLICE.

Sacador / Avalista — Código de Baixa

Este documento foi assinado eletronicamente. As assinaturas realizadas estão listadas em sua última página.
Sua autenticidade pode ser verificada no Portal do TCE/BA através do QRCode ou endereço https://www.tce.ba.gov.br/autenticacaocopia, digitando o código de autenticação: GWOTQXNTQ5

Secretaria da Segurança Pública
Fls. 10
Protocolo

Consultas - Emissão de comprovantes

A33D281556768926017
28/02/2018 16:16:52

28/02/2018 - BANCO DO BRASIL - 16:16:52
281602816 0002

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: PRIME SERVICOS E EMPREEND
AGENCIA: 2816-9 CONTA: 47.187-9

BANCO BRADESCO S.A.

23792374035960958821182006248007774460000102521

NR. DOCUMENTO	22.306
DATA DO PAGAMENTO	23/02/2018
VALOR DO DOCUMENTO	1.025,21
VALOR COBRADO	1.025,21
NR.AUTENTICACAO	B.7BF.C44.D9D.0AE.6D7

Transação efetuada com sucesso por: JB481760 ANDSON J R BARBOSA.

Este documento foi assinado eletronicamente. As assinaturas realizadas estão listadas em sua última página.
Sua autenticidade pode ser verificada no Portal do TCE/BA através do QRCode ou endereço https://www.tce.ba.gov.br/autenticacaocopia, digitando o código de autenticação: GWOTQXNTQ5

Ref.1997111-11

Secretaria da Segurança Pública
Fls. 11
Protocolo

VIDA EM GRUPO

Imprimir Voltar

PORTO SEGURO

Movimento de Faturas - Para Apólice de Vida em Grupo e/ou Acidente Pessoais
Susep nº 90351J

SAC: 0800 727 2746 (informação, reclamação e cancelamento) - 0800 727 8736 (atendimento exclusivo para surdos)
Atendimento Vida e Previdência: (11)3366-3377 (Grande São Paulo) - 0800 727 9393 (demais localidades)

Apólice(VG/APC)	Segurado(Certificado)	Grupo/Cota	Inicio de Vigência	Competência
51377	0	0/0	25/01/2018	2018-01

Estipulante	Sub-estipulante
1020787 - PRIME SERVICOS E EMPREENDIMENTOS LTDA ME	1020787 - PRIME SERVICOS E EMPREENDIMENTOS LTDA ME

Dados Cadastrais						Coberturas						Controle		
Segurado	C.P.F.	Nome	Tipo de Segurado	Data Nascimento	Sexo	Morte Natural	Morte Acidental	Invalidez Por Acidente	Invalidez Laborativa Permanente Por Doenca Profissional	Assistencia Funeral Titular	Prêmio	Data de Movimentação	Tipo de Movimentação	Tipo de Emissão
11	060730795-16	KEILA SANTOS DE JESUS	Principal	15/06/1994	F	13.740,00	13.740,00	27.480,00	13.740,00	3.783,82	3,61	07/04/2017	Sem Movimento	CONVENCIONAL
12	272693178-28	ANA PAULA BRITO XAVIER	Principal	03/02/1977	F	13.740,00	13.740,00	27.480,00	13.740,00	3.783,82	3,61	07/04/2017	Sem Movimento	CONVENCIONAL
13	003191015-76	ELISANGELA SOUZA REIS	Principal	09/07/1977	F	13.740,00	13.740,00	27.480,00	13.740,00	3.783,82	3,61	07/04/2017	Sem Movimento	CONVENCIONAL
14	060311895-00	ERICA JESUS DA PAIXAO	Principal	17/11/1992	F	13.740,00	13.740,00	27.480,00	13.740,00	3.783,82	3,61	07/04/2017	Sem Movimento	CONVENCIONAL
15	657507995-49	ITAMAR PEREIRA SANTOS	Principal	26/02/1973	M	13.740,00	13.740,00	27.480,00	13.740,00	3.783,82	3,61	07/04/2017	Sem Movimento	CONVENCIONAL
16	506917835-00	NORMALIA MENEZES TEIXEIRA	Principal	15/02/1967	F	13.740,00	13.740,00	27.480,00	13.740,00	3.783,82	3,61	07/04/2017	Sem Movimento	CONVENCIONAL
17	576002365-91	VANICEA SILVA BENTO	Principal	25/05/1973	F	13.740,00	13.740,00	27.480,00	13.740,00	3.783,82	3,61	07/04/2017	Sem Movimento	CONVENCIONAL
18	044613935-18	JANAINA GOMES DE JESUS	Principal	05/03/1993	F	13.740,00	13.740,00	27.480,00	13.740,00	3.783,82	3,61	07/04/2017	Sem Movimento	CONVENCIONAL
19	926289075-34	SANDRA COELHO SANTOS	Principal	04/09/1975	F	13.740,00	13.740,00	27.480,00	13.740,00	3.783,82	3,61	07/04/2017	Sem Movimento	CONVENCIONAL
20	020072625-09	JOSIANE PEREIRA BISPO	Principal	15/09/1984	F	13.740,00	13.740,00	27.480,00	13.740,00	3.783,82	3,61	07/04/2017	Sem Movimento	CONVENCIONAL
21	311402828-40	DENISE SANTS LIVEIRA	Principal	06/06/1983	F	13.740,00	13.740,00	27.480,00	13.740,00	3.783,82	3,61	07/04/2017	Sem Movimento	CONVENCIONAL
113	735875595-20	CELMA MARIA JESUS	Principal	15/08/1962	F	13.740,00	13.740,00	27.480,00	13.740,00	3.783,82	3,61	07/04/2017	Sem Movimento	CONVENCIONAL
114	957686375-91	DULCINEA BORGES PENA	Principal	19/07/1976	F	13.740,00	13.740,00	27.480,00	13.740,00	3.783,82	3,61	07/04/2017	Sem Movimento	CONVENCIONAL
115	022329025-44	JOCINEIDE PEREIRA FELIX	Principal	16/07/1985	F	13.740,00	13.740,00	27.480,00	13.740,00	3.783,82	3,61	07/04/2017	Sem Movimento	CONVENCIONAL
116	859823685-39	LUIZ GABRIEL SANTOS DE CARVALHO	Principal	12/05/1997	M	13.740,00	13.740,00	27.480,00	13.740,00	3.783,82	3,61	07/04/2017	Sem Movimento	CONVENCIONAL

1 a 15

Imprimir Voltar

Este documento foi assinado eletronicamente. As assinaturas realizadas estão listadas em sua última página.
Sua autenticidade pode ser verificada no Portal do TCE/BA através do QRCode ou endereço https://www.tce.ba.gov.br/autenticacaocopia, digitando o código de autenticação: GWOTQXNTQ5

FGTS
FUNDO DE GARANTIA DO TEMPO DE SERVIÇO

DATA: 17/10/2017
HORA: 13:04:27
PAG: 001/001

Versão do Aplicativo: 3.3.10 - 18/07/2017

RELATÓRIO DE MOVIMENTAÇÕES ACATADAS

RESPONSÁVEL: 04.293.000/0001-88 - MAP SISTEMAS DE SERVICOS LTDA

CNPJ/CEI: 04.293.000/0001-88
RAZAO SOCIAL EMPRESA: MAP SISTEMAS DE SERVICOS LTDA
CÓD ESTAB: 9940001992690
IDENTIFICADOR GRRF: 28372701642930002

A COMUNICACAO DE MOVIMENTACAO DO TRABALHADOR REALIZADA POR MEIO DE TRANSMISSAO DA GRRF RESULTARA EM PAGAMENTO AUTOMATICO DA(S) CONTA(S) DO FGTS PARA O(S) TRABALHADOR(ES) DESSA EMPRESA, EXCETO, PARA AQUELES COM IDENTIFICACAO DE PENSAO ALIMENTICIA. OS DADOS INFORMADOS SAO DE SUA INTEIRA RESPONSABILIDADE.

NOME DO TRABALHADOR: MERCIA DE SOUZA ABREU BONFIM
CÓD. CATEGORIA: 01
CÓD. TRABALHADOR: 1170717
PIS /PASEP/NIT: 128.89613.31-5
DATA ADMISSÃO: 06/10/2015
COD. SAQUE: 01
DATA/COD.MOVIM: 14/10/2017 - I1
CHAVE IDENTIFICAÇÃO: CX-12889613315-74375031-00
DATA PREV. PAGTO: 19/10/2017
BASE DOMICILIO : BA

TRABALHADOR(A), PROMOVER O SAQUE DO FGTS, EM QUALQUER AGENCIA DA CAIXA, A PARTIR DA DATA PREVISTA PARA PAGAMENTO ACIMA INFORMADA

Este documento foi assinado eletronicamente. As assinaturas realizadas estão listadas em sua última página.
Sua autenticidade pode ser verificada no Portal do TCE/BA através do QRCode ou endereço https://www.tce.ba.gov.br/autenticacaocopia, digitando o código de autenticação: GWOTQXNTQ5

Secretaria da Segurança Pública
Fls. 12
Protocolo

VIDA EM GRUPO

Imprimir Voltar

PORTO SEGURO

Movimento de Faturas - Para Apólice de Vida em Grupo e/ou Acidente Pessoais
Susep nº 90351J

SAC: 0800 727 2746 (informação, reclamação e cancelamento) - 0800 727 8736 (atendimento exclusivo para surdos)
Atendimento Vida e Previdência: (11)3366-3377 (Grande São Paulo) - 0800 727 9393 (demais localidades)

Apólice(VG/APC)	Segurado(Certificado)	Grupo/Cota	Inicio de Vigência	Competência
51377	0	0/0	25/01/2018	2018-01

Estipulante	Sub-estipulante
1020787 - PRIME SERVICOS E EMPREENDIMENTOS LTDA ME	1020787 - PRIME SERVICOS E EMPREENDIMENTOS LTDA ME

Dados Cadastrais						Coberturas						Controle		
Segurado	C.P.F.	Nome	Tipo de Segurado	Data Nascimento	Sexo	Morte Natural	Morte Acidental	Invalidez Por Acidente	Invalidez Laborativa Permanente Por Doenca Profissional	Assistencia Funeral Titular	Prêmio	Data de Movimentação	Tipo de Movimentação	Tipo de Emissão
117	904023675-53	NUBIANA DE OLIVEIRA REIS	Principal	28/07/1966	F	13.740,00	13.740,00	27.480,00	13.740,00	3.783,82	3,61	07/04/2017	Sem Movimento	CONVENCIONAL
118	330967835-00	ODALEIDE FERREIRA DE JESUS	Principal	16/08/1964	F	13.740,00	13.740,00	27.480,00	13.740,00	3.783,82	3,61	07/04/2017	Sem Movimento	CONVENCIONAL
119	021723435-60	ROSEANE CONCEICAO SOBRINHO	Principal	11/11/1984	F	13.740,00	13.740,00	27.480,00	13.740,00	3.783,82	3,61	07/04/2017	Sem Movimento	CONVENCIONAL
120	286726585-15	VALDENILTON CESAR ARAUJO	Principal	08/09/1962	M	13.740,00	13.740,00	27.480,00	13.740,00	3.783,82	3,61	07/04/2017	Sem Movimento	CONVENCIONAL
121	038733575-77	BEATRIZ STEPHANE BARBOSA DOS SANTOS	Principal	09/07/1994	F	13.740,00	13.740,00	27.480,00	13.740,00	3.783,82	3,61	07/04/2017	Sem Movimento	CONVENCIONAL
122	981657635-04	CHESMARE GUIMARAES DOS SANTOS	Principal	19/04/1979	F	13.740,00	13.740,00	27.480,00	13.740,00	3.783,82	3,61	07/04/2017	Sem Movimento	CONVENCIONAL
123	005629075-64	CLEIDIANE NARJARA ALMEIDA DA SILVA SANTOS	Principal	01/04/1980	F	13.740,00	13.740,00	27.480,00	13.740,00	3.783,82	3,61	07/04/2017	Sem Movimento	CONVENCIONAL
125	974172975-87	FABIANA MOURA SANTANA	Principal	25/09/1977	F	13.740,00	13.740,00	27.480,00	13.740,00	3.783,82	3,61	07/04/2017	Sem Movimento	CONVENCIONAL
126	033650845-09	FRANQUIMARIA NEVES DOS SANTOS	Principal	07/06/1988	F	13.740,00	13.740,00	27.480,00	13.740,00	3.783,82	3,61	07/04/2017	Sem Movimento	CONVENCIONAL
127	038479225-13	GABRIELA MACEDO SANTOS	Principal	19/12/1992	F	13.740,00	13.740,00	27.480,00	13.740,00	3.783,82	3,61	07/04/2017	Sem Movimento	CONVENCIONAL
128	715702765-87	JEANE NOVAIS COSTA SILVA	Principal	10/07/1971	F	13.740,00	13.740,00	27.480,00	13.740,00	3.783,82	3,61	07/04/2017	Sem Movimento	CONVENCIONAL
129	048240255-59	JULIANA MONTEIRO DE OLIVEIRA	Principal	02/03/1997	F	13.740,00	13.740,00	27.480,00	13.740,00	3.783,82	3,61	07/04/2017	Sem Movimento	CONVENCIONAL
130	790762625-00	LINDIANE DO NASCIMENTO PINTO	Principal	05/09/1980	F	13.740,00	13.740,00	27.480,00	13.740,00	3.783,82	3,61	07/04/2017	Sem Movimento	CONVENCIONAL
131	033868855-27	LUDIMILA SOUSA MACEDO	Principal	02/07/1987	F	13.740,00	13.740,00	27.480,00	13.740,00	3.783,82	3,61	07/04/2017	Sem Movimento	CONVENCIONAL
133	074779585-12	QUETLLIN NUNES SANTOS	Principal	11/04/1996	F	13.740,00	13.740,00	27.480,00	13.740,00	3.783,82	3,61	07/04/2017	Sem Movimento	CONVENCIONAL

16 a 30

Imprimir Voltar

Este documento foi assinado eletronicamente. As assinaturas realizadas estão listadas em sua última página.
Sua autenticidade pode ser verificada no Portal do TCE/BA através do QRCode ou endereço https://www.tce.ba.gov.br/autenticacaocopia, digitando o código de autenticação: GWOTQXNTQ5

CAIXA

:: Extrato de Conta do Fundo de Garantia - FGTS

Data / Hora Consulta: 17/10/2017 12:04:59 017579

Nome:	**MERCIA SOUZA ABREU BONFIM**		
PIS/PASEP/NIT:	**128.89613.31-5**		
Empresa:	MAP SISTEMA DE SERVICOS LTDA		
CNPJ/CEI/CPF:	04.293.000/0001-88		
Cód. Estab.:	09940001992690	Categoria:	01
Nº Conta FGTS:	00001170717	Data Admissão:	06/10/2015
Data/Cód. Movimentação:	14/10/2017 - I1	Data Opção:	06/10/2015
Taxa Juros:	3 %	Tipo Conta:	OPTANTE
Valor Base para Fins Rescisórios:	R$ 2.326,24	Base:	BA
SALDO:	**R$ 3.244,94**	Atualizado em:	17/10/2017

Histórico dos Lançamentos

Data	Descrição dos Lançamentos	Valor R$	Total R$
	SALDO ANTERIOR		1.581,41
10/04/2017	CREDITO DE JAM	6,30	1.587,71
07/04/2017	DEPOSITO MARCO/2017	92,77	1.680,48
05/05/2017	DEPOSITO ABRIL/2017	84,94	1.765,42
10/05/2017	CREDITO DE JAM	4,14	1.769,56
10/06/2017	CREDITO DE JAM	5,71	1.775
07/06/2017	DEPOSITO MAIO/2017	84,94	1.860,...
10/07/2017	CREDITO DE JAM	5,58	1.865,79
07/07/2017	DEPOSITO JUNHO/2017	84,94	1.950,73
10/08/2017	CREDITO DE JAM	6,02	1.956,75
10/08/2017	CRED DIST RESULTADO ANO BASE 12/2016	24,17	1.980,92
07/08/2017	DEPOSITO JULHO/2017	84,94	2.065,86
10/09/2017	CREDITO DE JAM	6,14	2.072,00
06/09/2017	DEPOSITO AGOSTO/2017	84,94	2.156,94
10/10/2017	CREDITO DE JUROS/ATUALIZACAO MONETARIA 0,002466	5,31	2.162,25
06/10/2017	DEPOSITO SETEMBRO/2017	84,94	2.247,19
13/10/2017	DEP MULTA RESCISORIA 10/2017 SBPC 10/11/2017	894,41	3.141,60
13/10/2017	DEP RESCISORIO 10/2017 SBPC 10/11/2017	103,34	3.244,94

IMPRIMIR

Este documento foi assinado eletronicamente. As assinaturas realizadas estão listadas em sua última página.
Sua autenticidade pode ser verificada no Portal do TCE/BA através do QRCode ou endereço https://www.tce.ba.gov.br/autenticacaocopia, digitando o código de autenticação: GWOTQXNTQ5

Secretaria da Segurança Pública
Fls. 13
Protocolo

VIDA EM GRUPO

Imprimir Voltar

PORTO SEGURO

Movimento de Faturas - Para Apólice de Vida em Grupo e/ou Acidente Pessoais
Susep nº 90351J

SAC: 0800 727 2746 (informação, reclamação e cancelamento) - 0800 727 8736 (atendimento exclusivo para surdos)
Atendimento Vida e Previdência: (11)3366-3377 (Grande São Paulo) - 0800 727 9393 (demais localidades)

Apólice(VG/APC)	Segurado(Certificado)	Grupo/Cota	Inicio de Vigência	Competência
51377	0	0/0	25/01/2018	2018-01

Estipulante	Sub-estipulante
1020787 - PRIME SERVICOS E EMPREENDIMENTOS LTDA ME	1020787 - PRIME SERVICOS E EMPREENDIMENTOS LTDA ME

Dados Cadastrais						Coberturas						Controle		
Segurado	C.P.F.	Nome	Tipo de Segurado	Data Nascimento	Sexo	Morte Natural	Morte Acidental	Invalidez Por Acidente	Invalidez Laborativa Permanente Por Doenca Profissional	Assistencia Funeral Titular	Prêmio	Data de Movimentação	Tipo de Movimentação	Tipo de Emissão
134	035031595-76	THAIS MELGACO LAGE	Principal	03/08/1992	F	13.740,00	13.740,00	27.480,00	13.740,00	3.783,82	3,61	07/04/2017	Sem Movimento	CONVENCIONAL
137	021828035-13	HELINEIDE DOS SANTOS REIS	Principal	30/08/1986	F	13.740,00	13.740,00	27.480,00	13.740,00	3.783,82	3,61	07/04/2017	Sem Movimento	CONVENCIONAL
138	024610675-11	JANINE PAIM DE ALCANTARA LOPES	Principal	06/07/1985	F	13.740,00	13.740,00	27.480,00	13.740,00	3.783,82	3,61	07/04/2017	Sem Movimento	CONVENCIONAL
139	846179265-34	CHRISTEL BENILDE DA SILVA MIGALHAS	Principal	30/01/1987	F	13.740,00	13.740,00	27.480,00	13.740,00	3.783,82	3,61	07/04/2017	Sem Movimento	CONVENCIONAL
140	034502115-01	KALINE ALMEIDA DO NASCIMENTO	Principal	23/05/1994	F	13.740,00	13.740,00	27.480,00	13.740,00	3.783,82	3,61	07/04/2017	Sem Movimento	CONVENCIONAL
141	017126455-01	MARCELA OLIVEIRA SANTOS	Principal	07/02/1986	F	13.740,00	13.740,00	27.480,00	13.740,00	3.783,82	3,61	07/04/2017	Sem Movimento	CONVENCIONAL
142	900227185-91	ALEXANDRA VIEIRA DE SOUZA	Principal	24/12/1974	F	13.740,00	13.740,00	27.480,00	13.740,00	3.783,82	3,61	07/04/2017	Sem Movimento	CONVENCIONAL
143	788200225-91	ANA CRISTINA DE FREITAS SANTOS	Principal	24/07/1971	F	13.740,00	13.740,00	27.480,00	13.740,00	3.783,82	3,61	07/04/2017	Sem Movimento	CONVENCIONAL
144	065736975-61	ANDERSON SOUZA SANTOS	Principal	03/10/1996	M	13.740,00	13.740,00	27.480,00	13.740,00	3.783,82	3,61	07/04/2017	Sem Movimento	CONVENCIONAL
145	475001665-91	CARLOS RIBEIRO DA SILVA FILHO	Principal	03/02/1967	M	13.740,00	13.740,00	27.480,00	13.740,00	3.783,82	3,61	07/04/2017	Sem Movimento	CONVENCIONAL
146	017123165-16	CARLUCIO DA SILVA ALMEIDA	Principal	26/07/1984	M	13.740,00	13.740,00	27.480,00	13.740,00	3.783,82	3,61	07/04/2017	Sem Movimento	CONVENCIONAL
147	651508805-15	CLAUDIO LUIS DOS SANTOS	Principal	24/03/1971	M	13.740,00	13.740,00	27.480,00	13.740,00	3.783,82	3,61	07/04/2017	Sem Movimento	CONVENCIONAL
148	822641125-49	COSME OLIVEIRA DA SILVA	Principal	27/09/1980	M	13.740,00	13.740,00	27.480,00	13.740,00	3.783,82	3,61	07/04/2017	Sem Movimento	CONVENCIONAL
149	032464825-19	DENISON DE SOUSA BARSOSA	Principal	08/07/1987	M	13.740,00	13.740,00	27.480,00	13.740,00	3.783,82	3,61	07/04/2017	Sem Movimento	CONVENCIONAL
150	011800405-03	DAMIANA LEITE	Principal	06/06/1972	F	13.740,00	13.740,00	27.480,00	13.740,00	3.783,82	3,61	07/04/2017	Sem Movimento	CONVENCIONAL

31 a 45

Imprimir Voltar

Este documento foi assinado eletronicamente. As assinaturas realizadas estão listadas em sua última página.
Sua autenticidade pode ser verificada no Portal do TCE/BA através do QRCode ou endereço https://www.tce.ba.gov.br/autenticacaocopia, digitando o código de autenticação: GWOTQXNTQ5

FGTS
FUNDO DE GARANTIA DO TEMPO DE SERVIÇO

Demonstrativo do Trabalhador de Recolhimento FGTS Rescisório

Identificador: 28372701642930002

Versão do Aplicativo: 3.3.10 - 18/07/2017

Dados do Empregador

Razão Social: MAP SISTEMAS DE SERVICOS LTDA — CNPJ/CEI: 04.293.000/0001-88

Endereço

Logradouro: RUA BOCA DA MATA SN LOTES.3335 — Bairro: PORTAO

Cidade: LAURO DE FREITAS — UF: BA — CEP: 42.700-000

FPAS: 515 — Simples: 1 — CNAE: 8121400

CNPJ/CEI Tomador de serviço: 13.937.149/0001-43

Dados do Trabalhador

Nome: MERCIA DE SOUZA ABREU BONFIM

PIS/PASEP: 12889613315 — Admissão: 06/10/2015 — Categoria: 01

Data Nascimento: 18/04/1980 — Data Opcão: 06/10/2015 — CTPS: 2425460/00020

Movimentação: 14/10/2017 - I1 — Aviso Prévio: 1 — Dissídio/Acordo:

Informações Financeiras

	Mês Anterior a Rescisão	Mês Rescisão	Aviso Prévio Indenizado	Multa Rescisória
Remuneração/Saldo	0,00	1.291,87	0,00	2.236,04
Depósito	0,00	103,34	0,00	894,41
JAM	0,00	0,00	0,00	0,00
Encargos	0,00	0,00	0,00	0,00
Contrib.Social	0,00	0,00	0,00	223,61

Valor Trabalhador: 997,75 — Valor Devido pela Empresa: 1.221,86

Cabe ao trabalhador os valores de Depósito e JAM

Este documento foi assinado eletronicamente. As assinaturas realizadas estão listadas em sua última página.
Sua autenticidade pode ser verificada no Portal do TCE/BA através do QRCode ou endereço https://www.tce.ba.gov.br/autenticacaocopia, digitando o código de autenticação: GWOTQXNTQ5

Secretaria da Segurança Pública
Fls. 14
Protocolo

VIDA EM GRUPO

Imprimir Voltar

PORTO SEGURO

Movimento de Faturas - Para Apólice de Vida em Grupo e/ou Acidente Pessoais
Susep nº 90351J

SAC: 0800 727 2746 (informação, reclamação e cancelamento) - 0800 727 8736 (atendimento exclusivo para surdos)
Atendimento Vida e Previdência: (11)3366-3377 (Grande São Paulo) - 0800 727 9393 (demais localidades)

Apólice(VG/APC)	Segurado(Certificado)	Grupo/Cota	Início de Vigência	Competência
51377	0	0/0	25/01/2018	2018-01

Estipulante	Sub-estipulante
1020787 - PRIME SERVICOS E EMPREENDIMENTOS LTDA ME	1020787 - PRIME SERVICOS E EMPREENDIMENTOS LTDA ME

Dados Cadastrais						Coberturas						Controle		
Segurado	C.P.F.	Nome	Tipo de Segurado	Data Nascimento	Sexo	Morte Natural	Morte Acidental	Invalidez Por Acidente	Invalidez Laborativa Permanente Por Doença Profissional	Assistência Funeral Titular	Prêmio	Data de Movimentação	Tipo de Movimentação	Tipo de Emissão
151	797814385-68	FABIANA COSTA PINTO	Principal	20/10/1977	F	13.740,00	13.740,00	27.480,00	13.740,00	3.783,82	3,61	07/04/2017	Sem Movimento	CONVENCIONAL
152	025130825-16	GESSICA PEDRINA DA SILVA	Principal	09/04/1987	F	13.740,00	13.740,00	27.480,00	13.740,00	3.783,82	3,61	07/04/2017	Sem Movimento	CONVENCIONAL
153	165541675-87	IDALINA BATISTA DOS SANTOS	Principal	28/09/1953	F	13.740,00	13.740,00	27.480,00	13.740,00	3.783,82	3,61	07/04/2017	Sem Movimento	CONVENCIONAL
154	035274535-55	JONSON DINIZ SANTOS LISBOA	Principal	30/07/1989	M	13.740,00	13.740,00	27.480,00	13.740,00	3.783,82	3,61	07/04/2017	Sem Movimento	CONVENCIONAL
155	677357385-87	JOSEILDA ANDRADE REGO	Principal	27/07/1974	F	13.740,00	13.740,00	27.480,00	13.740,00	3.783,82	3,61	07/04/2017	Sem Movimento	CONVENCIONAL
156	033184245-95	JUSCIMAR FRANCA DE SOUZA	Principal	02/08/1986	M	13.740,00	13.740,00	27.480,00	13.740,00	3.783,82	3,61	07/04/2017	Sem Movimento	CONVENCIONAL
157	193339605-97	MARIA DO AMPARO ALMEIDA SANTOS	Principal	08/12/1959	F	13.740,00	13.740,00	27.480,00	13.740,00	3.783,82	3,61	07/04/2017	Sem Movimento	CONVENCIONAL
158	673350125-20	MARIA NOELIA COSTA RAMOS	Principal	05/09/1972	F	13.740,00	13.740,00	27.480,00	13.740,00	3.783,82	3,61	07/04/2017	Sem Movimento	CONVENCIONAL
159	778877275-53	MARISOL DOS SANTOS BRANDAO	Principal	14/04/1977	F	13.740,00	13.740,00	27.480,00	13.740,00	3.783,82	3,61	07/04/2017	Sem Movimento	CONVENCIONAL
160	759418645-15	PAULO CESAR RODRIGUES CUNHA	Principal	24/03/1973	M	13.740,00	13.740,00	27.480,00	13.740,00	3.783,82	3,61	07/04/2017	Sem Movimento	CONVENCIONAL
161	226375165-34	RAIMUNDA DOS SANTOS	Principal	07/06/1958	F	13.740,00	13.740,00	27.480,00	13.740,00	3.783,82	3,61	07/04/2017	Sem Movimento	CONVENCIONAL
162	917894005-20	RICARDO SANTANA DOS SANTOS	Principal	24/01/1977	M	13.740,00	13.740,00	27.480,00	13.740,00	3.783,82	3,61	07/04/2017	Sem Movimento	CONVENCIONAL
163	645712895-53	ROSEMEIRE DA MATA DE OLIVEIRA	Principal	05/02/1969	F	13.740,00	13.740,00	27.480,00	13.740,00	3.783,82	3,61	07/04/2017	Sem Movimento	CONVENCIONAL
164	806993245-72	UANDERSON DE JESUS	Principal	03/10/1980	M	13.740,00	13.740,00	27.480,00	13.740,00	3.783,82	3,61	07/04/2017	Sem Movimento	CONVENCIONAL
165	849330705-04	DAMIANA CHAVES SOUZA	Principal	11/10/1980	F	13.740,00	13.740,00	27.480,00	13.740,00	3.783,82	3,61	07/04/2017	Sem Movimento	CONVENCIONAL

46 a 60

Imprimir Voltar

Este documento foi assinado eletronicamente. As assinaturas realizadas estão listadas em sua última página.
Sua autenticidade pode ser verificada no Portal do TCE/BA através do QRCode ou endereço https://www.tce.ba.gov.br/autenticacaocopia, digitando o código de autenticação: GWOTQXNTQ5

FGTS
FUNDO DE GARANTIA DO TEMPO DE SERVIÇO

GRRF - Guia de Recolhimento Rescisório do FGTS

Gerada em 16/10/2017 11:41:53

Versão do Aplicativo: 3.3.10 - 18/07/2017

01 - Razão social/Nome	02 - CNPJ/CEI
MAP SISTEMAS DE SERVICOS LTDA	04.293.000/0001-88

03 - Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento)	04 - Contato/DDD/telefone	05 - CEP
RUA BOCA DA MATA SN LOTES 3335	71-34449000	42.700-000

06 - Bairro/distrito	07 - Município	08 - UF	09 - FPAS	10 - Simples	14 - Qtde Trabalhadores
PORTAO	LAURO DE FREITAS	BA	515	1	5

11- Identificador
28372701642930002

12- Total a Recolher
7.966,45

13- Data de Validade = 13/10/2017

Atenção: não receber após Validade

Código de Barras

858900000794 664502392015 710132837279 016429300022

Autenticação mecânica

Via Empresa

FGTS
FUNDO DE GARANTIA DO TEMPO DE SERVIÇO

GRRF - Guia de Recolhimento Rescisório do FGTS

Gerada em 16/10/2017 11:41:53

Versão do Aplicativo: 3.3.10 - 18/07/2017

01 - Razão social/Nome	02 - CNPJ/CEI
MAP SISTEMAS DE SERVICOS LTDA	04.293.000/0001-88

03 - Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento)	04 - Contato/DDD/telefone	05 - CEP
RUA BOCA DA MATA SN LOTES 3335	71-34449000	42.700-000

06 - Bairro/Distrito	07 - Município	08 - UF	09 - FPAS	10 - Simples	14 - Qtde Trabalhadores
PORTAO	LAURO DE FREITAS	BA	515	1	5

11- Identificador
28372701642930002

12- Total a Recolher
7.966,45

13- Data de Validade = 13/10/2017

Atenção: não receber após Validade

Código de Barras

858900000794 664502392015 710132837279 016429300022

Autenticação mecânica

Via Banco

Este documento foi assinado eletronicamente. As assinaturas realizadas estão listadas em sua última página.
Sua autenticidade pode ser verificada no Portal do TCE/BA através do QRCode ou endereço https://www.tce.ba.gov.br/autenticacaocopia, digitando o código de autenticação: GWOTQXNTQ5

Secretaria da Segurança
Fls. 15
Protocolo

VIDA EM GRUPO

Imprimir Voltar

PORTO SEGURO

Movimento de Faturas - Para Apólice de Vida em Grupo e/ou Acidente Pessoais
Susep nº 90351J

SAC: 0800 727 2746 (informação, reclamação e cancelamento) - 0800 727 8736 (atendimento exclusivo para surdos)
Atendimento Vida e Previdência: (11)3366-3377 (Grande São Paulo) - 0800 727 9393 (demais localidades)

Apólice(VG/APC)	Segurado(Certificado)	Grupo/Cota	Início de Vigência	Competência
51377	0	0/0	25/01/2018	2018-01

Estipulante	Sub-estipulante
1020787 - PRIME SERVICOS E EMPREENDIMENTOS LTDA ME	1020787 - PRIME SERVICOS E EMPREENDIMENTOS LTDA ME

Dados Cadastrais						Coberturas						Controle		
Segurado	C.P.F.	Nome	Tipo de Segurado	Data Nascimento	Sexo	Morte Natural	Morte Acidental	Invalidez Por Acidente	Invalidez Laborativa Permanente Por Doenca Profissional	Assistencia Funeral Titular	Prêmio	Data de Movimentação	Tipo de Movimentação	Tipo de Emissão
166	035489995-30	DEBORA SANTIAGO DOS SANTOS	Principal	14/01/1982	F	13.740,00	13.740,00	27.480,00	13.740,00	3.783,82	3,61	07/04/2017	Sem Movimento	CONVENCIONAL
167	876493065-34	EDLENE MASCARENHAS	Principal	04/06/1971	F	13.740,00	13.740,00	27.480,00	13.740,00	3.783,82	3,61	07/04/2017	Sem Movimento	CONVENCIONAL
168	309328585-20	EUZA LUCINDA DA CONCEICAO	Principal	20/01/1957	F	13.740,00	13.740,00	27.480,00	13.740,00	3.783,82	3,61	07/04/2017	Sem Movimento	CONVENCIONAL
169	049924705-13	JOAO ANTONIO VIEIRA SILVA	Principal	20/09/1990	M	13.740,00	13.740,00	27.480,00	13.740,00	3.783,82	3,61	07/04/2017	Sem Movimento	CONVENCIONAL
170	706452215-20	JOAO RICARDO DOS SANTOS	Principal	30/01/1975	M	13.740,00	13.740,00	27.480,00	13.740,00	3.783,82	3,61	07/04/2017	Sem Movimento	CONVENCIONAL
171	882776154-34	JOSICLEIDE ALVES DA SILVA	Principal	16/07/1972	F	13.740,00	13.740,00	27.480,00	13.740,00	3.783,82	3,61	07/04/2017	Sem Movimento	CONVENCIONAL
172	502728705-44	MIRIA DAS NEVES	Principal	29/05/1968	F	13.740,00	13.740,00	27.480,00	13.740,00	3.783,82	3,61	07/04/2017	Sem Movimento	CONVENCIONAL
173	319941485-00	NUBIA MARIA DE DEUS SANTOS	Principal	18/06/1967	F	13.740,00	13.740,00	27.480,00	13.740,00	3.783,82	3,61	07/04/2017	Sem Movimento	CONVENCIONAL
174	000000000-00	EDILTON MASCARENHAS DOS SANTOS	Principal	18/03/1959	M	13.740,00	13.740,00	27.480,00	13.740,00	3.783,82	3,61	31/05/2017	Sem Movimento	CONVENCIONAL
175	000000000-00	FABIO MAIA DAS NEVES	Principal	29/06/1977	M	13.740,00	13.740,00	27.480,00	13.740,00	3.783,82	3,61	31/05/2017	Sem Movimento	CONVENCIONAL
176	000000000-00	MANOEL ALVES DAS CHAGAS	Principal	03/02/1958	M	13.740,00	13.740,00	27.480,00	13.740,00	3.783,82	3,61	31/05/2017	Sem Movimento	CONVENCIONAL
177	017128085-75	ADEVANIO SANTOS SOUZA	Principal	07/01/1983	M	13.740,00	13.740,00	27.480,00	13.740,00	3.783,82	3,61	31/05/2017	Sem Movimento	ARQ-UNIDADE
178	794568045-34	ADILSON POLICARPO	Principal	16/06/1978	M	13.740,00	13.740,00	27.480,00	13.740,00	3.783,82	3,61	31/05/2017	Sem Movimento	ARQ-UNIDADE
179	958819135-15	ADMILSON LORDELO FERREIRA	Principal	10/12/1977	M	13.740,00	13.740,00	27.480,00	13.740,00	3.783,82	3,61	31/05/2017	Sem Movimento	ARQ-UNIDADE
180	294860335-87	ALBERICO ANTONIO DA SILVA OLIVEIRA	Principal	26/02/1963	M	13.740,00	13.740,00	27.480,00	13.740,00	3.783,82	3,61	31/05/2017	Sem Movimento	ARQ-UNIDADE

61 a 75

Imprimir Voltar

Este documento foi assinado eletrônicamente. As assinaturas realizadas estão listadas em sua última página.
Sua autenticidade pode ser verificada no Portal do TCE/BA através do QRCode ou endereço https://www.tce.ba.gov.br/autenticacaocopia, digitando o código de autenticação: GWOTQXNTQ5

Itaú 30 horas

Banco Itaú - Comprovante de Pagamento
GRRF - Guia de Recolhimento Rescisório do FGTS

Identificação no extrato: SISPAG TRIBUTOS

Dados da conta debitada:

Agência: **0935** Conta: **54348 - 8**

Nome: **MAP SISTEMAS DE SERVICOS LTDA**

Dados do pagamento:

Código de barras: **858900000794 664502392015 710132837279 016429300022**

Código Convênio: **0239**

Data de Validade: **13.10.2017**

Valor Recolhido: **R$ 7.966,45**

Informações fornecidas pelo pagador: **FGTS RESCISORIO**

Identificador: **2837270164293000**

Operação efetuada em 13/10/2017 às 06:02:28 via Sispag, CTRL 599569242000041.

Autenticação:

FB87DDFC3D3413CC5F66B56F1DF5D749DC73A44A

Dúvidas, sugestões e reclamações: na sua agência. Se preferir, ligue para o SAC Itaú: 0800 728 0728 (todos os dias, 24h) ou acesse o Fale Conosco no www.itau.com.br. Se não ficar satisfeito com a solução apresentada, ligue para a Ouvidoria Corporativa Itaú: 0800 570 0011 (em dias úteis, das 9h às 18h) ou Caixa Postal 67.600, CEP 03162-971. Deficientes auditivos ou de fala: 0800 722 1722 (todos os dias, 24h).

Este documento foi assinado eletronicamente. As assinaturas realizadas estão listadas em sua última página.
Sua autenticidade pode ser verificada no Portal do TCE/BA através do QRCode ou endereço https://www.tce.ba.gov.br/autenticacaocopia, digitando o código de autenticação: GWOTQXNTQ5

VIDA EM GRUPO

Secretaria da Segurança
Fls. 16
Protocolo

Imprimir Voltar

PORTO SEGURO

Movimento de Faturas - Para Apólice de Vida em Grupo e/ou Acidente Pessoais
Susep nº 90351J

SAC: 0800 727 2746 (informação, reclamação e cancelamento) - 0800 727 8736 (atendimento exclusivo para surdos)
Atendimento Vida e Previdência: (11)3366-3377 (Grande São Paulo) - 0800 727 9393 (demais localidades)

Apólice(VG/APC)	Segurado(Certificado)	Grupo/Cota	Inicio de Vigência	Competência
51377	0	0/0	25/01/2018	2018-01

Estipulante	Sub-estipulante
1020787 - PRIME SERVICOS E EMPREENDIMENTOS LTDA ME	1020787 - PRIME SERVICOS E EMPREENDIMENTOS LTDA ME

Dados Cadastrais						Coberturas						Controle		
Segurado	C.P.F.	Nome	Tipo de Segurado	Data Nascimento	Sexo	Morte Natural	Morte Acidental	Invalidez Por Acidente	Invalidez Laborativa Permanente Por Doenca Profissional	Assistencia Funeral Titular	Prêmio	Data de Movimentação	Tipo de Movimentação	Tipo de Emissão
181	475113115-04	ALOISIO DOS SANTOS CAMPOS	Principal	24/03/1968	M	13.740,00	13.740,00	27.480,00	13.740,00	3.783,82	3,61	31/05/2017	Sem Movimento	ARQ-UNIDADE
182	740779535-53	ANA CLAUDIA DA SILVA CERQUEIRA	Principal	14/09/1973	M	13.740,00	13.740,00	27.480,00	13.740,00	3.783,82	3,61	31/05/2017	Sem Movimento	ARQ-UNIDADE
183	217847795-04	ANA CRISTINA SANTOS DE ARAUJO	Principal	13/10/1961	M	13.740,00	13.740,00	27.480,00	13.740,00	3.783,82	3,61	31/05/2017	Sem Movimento	ARQ-UNIDADE
184	008865505-99	ANA CRISTINA SOUZA SACRAMENTO	Principal	10/04/1982	M	13.740,00	13.740,00	27.480,00	13.740,00	3.783,82	3,61	31/05/2017	Sem Movimento	ARQ-UNIDADE
185	795058995-72	ANA LUCIA MOREIRA SOUZA DOS SANTOS	Principal	16/08/1977	M	13.740,00	13.740,00	27.480,00	13.740,00	3.783,82	3,61	31/05/2017	Sem Movimento	ARQ-UNIDADE
186	780081155-72	ANDRE MACHADO DA SILVA	Principal	13/07/1977	M	13.740,00	13.740,00	27.480,00	13.740,00	3.783,82	3,61	31/05/2017	Sem Movimento	ARQ-UNIDADE
187	011774225-22	ANDRE LUIZ DE SOUZA CORDEIRO	Principal	09/12/1983	M	13.740,00	13.740,00	27.480,00	13.740,00	3.783,82	3,61	31/05/2017	Sem Movimento	ARQ-UNIDADE
188	442836365-68	ANGELINE FRANCISCA RAMOS	Principal	01/10/2010	M	13.740,00	13.740,00	27.480,00	13.740,00	3.783,82	3,61	31/05/2017	Sem Movimento	ARQ-UNIDADE
189	152233965-53	ANTONIO CARLOS SOUSA SANTOS	Principal	07/11/1957	M	13.740,00	13.740,00	27.480,00	13.740,00	3.783,82	3,61	31/05/2017	Sem Movimento	ARQ-UNIDADE
190	798041285-00	ASTERIO HONORATO DE BRITO FILHO	Principal	20/04/1976	M	13.740,00	13.740,00	27.480,00	13.740,00	3.783,82	3,61	31/05/2017	Sem Movimento	ARQ-UNIDADE
191	085813925-12	CAIQUE LUIS CARDOSO BOMFIM	Principal	25/09/1998	M	13.740,00	13.740,00	27.480,00	13.740,00	3.783,82	3,61	31/05/2017	Sem Movimento	ARQ-UNIDADE
192	282659125-87	CARLOS GONCALVES REIS	Principal	21/08/1963	M	13.740,00	13.740,00	27.480,00	13.740,00	3.783,82	3,61	31/05/2017	Sem Movimento	ARQ-UNIDADE
193	887051375-00	EDELZUITA SACRAMENTO SANTANA	Principal	08/04/1969	M	13.740,00	13.740,00	27.480,00	13.740,00	3.783,82	3,61	31/05/2017	Sem Movimento	ARQ-UNIDADE
194	682868645-49	EDIMILSON SOUZA DA SILVA	Principal	13/04/1977	M	13.740,00	13.740,00	27.480,00	13.740,00	3.783,82	3,61	31/05/2017	Sem Movimento	ARQ-UNIDADE
195	029480315-75	EDMACIO VIEIRA SANTOS	Principal	07/05/1984	M	13.740,00	13.740,00	27.480,00	13.740,00	3.783,82	3,61	31/05/2017	Sem Movimento	ARQ-UNIDADE

76 a 90

Imprimir Voltar

Este documento foi assinado eletronicamente. As assinaturas realizadas estão listadas em sua última página.
Sua autenticidade pode ser verificada no Portal do TCE/BA através do QRCode ou endereço https://www.tce.ba.gov.br/autenticacaocopia, digitando o código de autenticação: GWOTQXNTQ5

774853/101

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO
Comunicação de Dispensa -

PIS/PASEP
128.89613.31-5

NOME
MERCIA DE SOUZA ABREU BONFIM

RECEBI DE (firma ou
2(DUAS) VIAS DO REQUERIMENTO FORMAL DO BENEFÍCIO DO SEGURO-DESEMPREGO.

POLEGAR DIREITO

Salvador 18/10/2017
LOCAL E DATA

Mércia de Souza Abreu Bonfim
ASSINATURA DO TRABALHADOR

Este documento foi assinado eletronicamente. As assinaturas realizadas estão listadas em sua última página.
Sua autenticidade pode ser verificada no Portal do TCE/BA através do QRCode ou endereço https://www.tce.ba.gov.br/autenticacaocopia, digitando o código de autenticação: GWOTQXNTQ5

Secretaria da Segurança Pública
Fls. 17
Protocolo

VIDA EM GRUPO

Imprimir Voltar

PORTO SEGURO

Movimento de Faturas - Para Apólice de Vida em Grupo e/ou Acidente Pessoais
Susep nº 90351J

SAC: 0800 727 2746 (informação, reclamação e cancelamento) - 0800 727 8736 (atendimento exclusivo para surdos)
Atendimento Vida e Previdência: (11)3366-3377 (Grande São Paulo) - 0800 727 9393 (demais localidades)

Apólice(VG/APC)	Segurado(Certificado)	Grupo/Cota	Inicio de Vigência	Competência
51377	0	0/0	25/01/2018	2018-01

Estipulante	Sub-estipulante
1020787 - PRIME SERVICOS E EMPREENDIMENTOS LTDA ME	1020787 - PRIME SERVICOS E EMPREENDIMENTOS LTDA ME

Dados Cadastrais						Coberturas						Controle		
Segurado	C.P.F.	Nome	Tipo de Segurado	Data Nascimento	Sexo	Morte Natural	Morte Acidental	Invalidez Por Acidente	Invalidez Laborativa Permanente Por Doenca Profissional	Assistencia Funeral Titular	Prêmio	Data de Movimentação	Tipo de Movimentação	Tipo de Emissão
196	130116388-02	EDSON GONCALVES BORGES	Principal	02/08/1967	M	13.740,00	13.740,00	27.480,00	13.740,00	3.783,82	3,61	31/05/2017	Sem Movimento	ARQ-UNIDADE
197	817048445-68	ELISANGELA CONCEICAO DA SILVA	Principal	10/04/1979	M	13.740,00	13.740,00	27.480,00	13.740,00	3.783,82	3,61	31/05/2017	Sem Movimento	ARQ-UNIDADE
198	821510165-87	ERIVALDO DA SILVA SOUZA	Principal	09/09/1977	M	13.740,00	13.740,00	27.480,00	13.740,00	3.783,82	3,61	31/05/2017	Sem Movimento	ARQ-UNIDADE
199	568525685-04	FERNANDO SALES SANTANA FILHO	Principal	22/05/1967	M	13.740,00	13.740,00	27.480,00	13.740,00	3.783,82	3,61	31/05/2017	Sem Movimento	ARQ-UNIDADE
200	956046425-68	FREDERICO PEREIRA DA SILVA NETO	Principal	11/02/1978	M	13.740,00	13.740,00	27.480,00	13.740,00	3.783,82	3,61	31/05/2017	Sem Movimento	ARQ-UNIDADE
201	009293765-95	GERSON FERREIRA DE JESUS SANTOS	Principal	17/02/1972	M	13.740,00	13.740,00	27.480,00	13.740,00	3.783,82	3,61	31/05/2017	Sem Movimento	ARQ-UNIDADE
202	135183565-34	GILBERTO DE JESUS SILVA	Principal	08/03/1959	M	13.740,00	13.740,00	27.480,00	13.740,00	3.783,82	3,61	31/05/2017	Sem Movimento	ARQ-UNIDADE
203	072486085-13	GIRLAN SANTIAGO BARBOZA	Principal	13/11/1991	M	13.740,00	13.740,00	27.480,00	13.740,00	3.783,82	3,61	31/05/2017	Sem Movimento	ARQ-UNIDADE
204	297389385-20	GIVALDO DE JESUS SANTOS	Principal	05/04/1963	M	13.740,00	13.740,00	27.480,00	13.740,00	3.783,82	3,61	31/05/2017	Sem Movimento	ARQ-UNIDADE
205	022888605-88	HILDERMELINO GOMES FERREIRA	Principal	03/04/1984	M	13.740,00	13.740,00	27.480,00	13.740,00	3.783,82	3,61	31/05/2017	Sem Movimento	ARQ-UNIDADE
206	080289775-45	IRON LIMA BARBOSA	Principal	05/09/1996	M	13.740,00	13.740,00	27.480,00	13.740,00	3.783,82	3,61	31/05/2017	Sem Movimento	ARQ-UNIDADE
207	275465515-87	IVONILDE FERREIRA PESSOA	Principal	16/08/1962	M	13.740,00	13.740,00	27.480,00	13.740,00	3.783,82	3,61	31/05/2017	Sem Movimento	ARQ-UNIDADE
208	036158355-90	JOSE CARLOS DAMASCENO DE ALCANTARA	Principal	25/11/1987	M	13.740,00	13.740,00	27.480,00	13.740,00	3.783,82	3,61	31/05/2017	Sem Movimento	ARQ-UNIDADE
209	040672955-70	JAILSON DOS SANTOS	Principal	09/04/1987	M	13.740,00	13.740,00	27.480,00	13.740,00	3.783,82	3,61	31/05/2017	Sem Movimento	ARQ-UNIDADE
210	034742425-20	JAIME DA CRUZ BOMFIM	Principal	20/05/1979	M	13.740,00	13.740,00	27.480,00	13.740,00	3.783,82	3,61	31/05/2017	Sem Movimento	ARQ-UNIDADE

91 a 105

Imprimir Voltar

Este documento foi assinado eletronicamente. As assinaturas realizadas estão listadas em sua última página.
Sua autenticidade pode ser verificada no Portal do TCE/BA através do QRCode ou endereço https://www.tce.ba.gov.br/autenticacaocopia, digitando o código de autenticação: GWOTQXNTQ5

Semol
Medicina do Trabalho
Qualidade para a vida

ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL

Obedecendo o que dispõe a nova redação da NR - 7 conforme Portaria n - 08/96 de 13/05/96 do MINISTÉRIO DO TRABALHO

Identificação

Tipo de Exame DEMISSIONAL	Registro 349118
Empresa Trabalha MAP SISTEMA DE SERVIÇOS LTDA	CNPJ 04293000000188
Nome do Empregado MERCIA DE SOUZA ABREU BONFIM	
RG 0759184801 SSP BA	Data de Nascimento 18/04/1980
Função RECEPCIONISTA II	Área SECRETARIA DE SEGURANCA PUBLICA

Exames Complementares

Em observação ao subitem 7.4.1 da norma regulamentadora nº7, atestamos que o (a) condidato (a) /empregado (a) acima identificado, submeteu-se aos procedimentos médicos abaixo discriminados:

EXAME	DATA	EXAME	DATA
AVALIAÇÃO CLINICA	09/10/2017		

Riscos Ocupacionais:

Sobre o(a) mesmo(a) emitimos o seguinte parecer: [X] APTO PARA A FUNÇÃO [ ] INAPTO PARA FUNÇÃO	Deficiências: Observação:

Identificação do Médico Coordenador

Nome do médico Coordenador: DARLAN KLEBER SOUZA MENEZES	CRM 15202
Local e Data: Salvador, 9 de Outubro de 2017	
Declaro que estou ciente do resultado dos Exames acima e que recebi cópia desde Atestado de Saude Ocupacional. Mercia de Souza Abreu Bonfim	Assinatura do Médico Examinador Drª Ana Caroline Lamas Médica do Trabalho CREMEB 26158-6

Este documento foi assinado eletronicamente. As assinaturas realizadas estão listadas em sua última página.
Sua autenticidade pode ser verificada no Portal do TCE/BA através do QRCode ou endereço https://www.tce.ba.gov.br/autenticacaocopia, digitando o código de autenticação: GWOTQXNTQ5

Ref.1997111-25

Secretaria da Segurança Pública
Fls. 18
Protocolo

VIDA EM GRUPO

Imprimir Voltar

PORTO SEGURO

Movimento de Faturas - Para Apólice de Vida em Grupo e/ou Acidente Pessoais
Susep nº 90351J

SAC: 0800 727 2746 (informação, reclamação e cancelamento) - 0800 727 8736 (atendimento exclusivo para surdos)
Atendimento Vida e Previdência: (11)3366-3377 (Grande São Paulo) - 0800 727 9393 (demais localidades)

Apólice(VG/APC)	Segurado(Certificado)	Grupo/Cota	Inicio de Vigência	Competência
51377	0	0/0	25/01/2018	2018-01

Estipulante	Sub-estipulante
1020787 - PRIME SERVICOS E EMPREENDIMENTOS LTDA ME	1020787 - PRIME SERVICOS E EMPREENDIMENTOS LTDA ME

Dados Cadastrais						Coberturas						Controle		
Segurado	C.P.F.	Nome	Tipo de Segurado	Data Nascimento	Sexo	Morte Natural	Morte Acidental	Invalidez Por Acidente	Invalidez Laborativa Permanente Por Doenca Profissional	Assistencia Funeral Titular	Prêmio	Data de Movimentação	Tipo de Movimentação	Tipo de Emissão
211	259954995-72	JANDIARA DE PAULA MELO	Principal	04/03/1962	M	13.740,00	13.740,00	27.480,00	13.740,00	3.783,82	3,61	31/05/2017	Sem Movimento	ARQ-UNIDADE
212	826356845-53	JODISON DE MELO SANTOS	Principal	26/05/1978	M	13.740,00	13.740,00	27.480,00	13.740,00	3.783,82	3,61	31/05/2017	Sem Movimento	ARQ-UNIDADE
213	811992445-20	JORGE LUIS JESUS CONCEICAO	Principal	13/09/1971	M	13.740,00	13.740,00	27.480,00	13.740,00	3.783,82	3,61	31/05/2017	Sem Movimento	ARQ-UNIDADE
214	382157645-68	JOSE BATISTA DOS SANTOS	Principal	02/10/1966	M	13.740,00	13.740,00	27.480,00	13.740,00	3.783,82	3,61	31/05/2017	Sem Movimento	ARQ-UNIDADE
215	783790835-04	JOSE JORGE SANTOS CONCEICAO	Principal	12/01/1964	M	13.740,00	13.740,00	27.480,00	13.740,00	3.783,82	3,61	31/05/2017	Sem Movimento	ARQ-UNIDADE
216	062966975-97	JUCILENE LOPES SANTOS	Principal	29/08/1995	M	13.740,00	13.740,00	27.480,00	13.740,00	3.783,82	3,61	31/05/2017	Sem Movimento	ARQ-UNIDADE
217	595935555-87	JURANDI BISPO BARBOSA	Principal	24/05/1971	M	13.740,00	13.740,00	27.480,00	13.740,00	3.783,82	3,61	31/05/2017	Sem Movimento	ARQ-UNIDADE
218	059722435-80	LEANDRO LOPES SANTOS	Principal	01/04/1992	M	13.740,00	13.740,00	27.480,00	13.740,00	3.783,82	3,61	31/05/2017	Sem Movimento	ARQ-UNIDADE
219	316709385-49	LUCIDALVA SANTOS DOS SANTOS	Principal	11/03/1959	M	13.740,00	13.740,00	27.480,00	13.740,00	3.783,82	3,61	31/05/2017	Sem Movimento	ARQ-UNIDADE
220	613316275-91	LUCINALVA SANTOS DE OLIVEIRA FERREIRA	Principal	13/03/1968	M	13.740,00	13.740,00	27.480,00	13.740,00	3.783,82	3,61	31/05/2017	Sem Movimento	ARQ-UNIDADE
221	809010775-34	LUIS CARLOS SILVA DE SOUSA	Principal	19/10/1981	M	13.740,00	13.740,00	27.480,00	13.740,00	3.783,82	3,61	31/05/2017	Sem Movimento	ARQ-UNIDADE
222	615737955-34	MACIA BRITO DOS SANTOS GONCALVES	Principal	25/10/1968	M	13.740,00	13.740,00	27.480,00	13.740,00	3.783,82	3,61	31/05/2017	Sem Movimento	ARQ-UNIDADE
223	010759445-54	MARCUS VINICIUS NUNES SANTOS	Principal	23/11/1982	M	13.740,00	13.740,00	27.480,00	13.740,00	3.783,82	3,61	31/05/2017	Sem Movimento	ARQ-UNIDADE
224	678502865-53	MARCUS VINIVIUS DOS SANTOS FERNANDES	Principal	16/07/1974	M	13.740,00	13.740,00	27.480,00	13.740,00	3.783,82	3,61	31/05/2017	Sem Movimento	ARQ-UNIDADE
225	759246845-04	MARIA DA PAZ SANTOS DE SOUSA	Principal	19/07/1972	M	13.740,00	13.740,00	27.480,00	13.740,00	3.783,82	3,61	31/05/2017	Sem Movimento	ARQ-UNIDADE

106 a 120

Imprimir Voltar

Este documento foi assinado eletronicamente. As assinaturas realizadas estão listadas em sua última página.
Sua autenticidade pode ser verificada no Portal do TCE/BA através do QRCode ou endereço https://www.tce.ba.gov.br/autenticacaocopia, digitando o código de autenticação: GWOTQXNTQ5

GRUPO MAP

RQ.MAP.006		REVISÃO: 02
		PÁGINA: 1/1

TÍTULO: COMUNICADO DE DESLIGAMENTO / AVISO-PRÉVIO

Motivo (com ou sem justa causa): **DISPENSA SEM JUSTA CAUSA**

AVISO PREVIO: **(X) Trabalhado**

Comunicamos ao Sr.(a) **MERCIA DE SOUZA ABREU BONFIM** matricula **00014750**

data de admissão em **06/10/2015** rtador da Carteira de Trabalho nº **2425460** série **0020**

que a partir de **09/09/2017**, seus serviços não serão mais necessários nesta Empresa.

No período correspondente ao cumprimento do aviso prévio, conforme CLT Art. 488, a sua jornada de trabalho será prestada da seguinte forma:

( ) duas horas diárias reduzidas da sua jornada de trabalho;

(X) o seu trabalho será dispensado nos últimos sete dias corridos do período correspondente ao seu aviso prévio.

Nota 1:O seu ultimo dia trabalhado será **07/10/2017** Após desta data o colaborador deverá entregar o fardamento no dia **09/10/2017**

Caso não seja entregue até esta data, será efetuado o desconto do fardamento na rescisão contratual

Favor apresentar-se na **CLINICA SEMOL** até dia **09/10/2017**

para realizar **EXAME DEMISSIONAL.**

Comparecer no(a) **SINDLIMP - SSA** no dia **18/10/2017** **às 14:00 Hrs,**

munido de **CTPS e ASO DEMISSIONAL** para receber as guias da rescisão contratual.

Lauro de Freitas, 08 DE SETEMBRO DE 2017

MAP SISTEMAS DE SERVIÇOS LTDA

Assinatura do Empregador

DE ACORDO: Mercia de Souza Abreu Bonfim

MERCIA DE SOUZA ABREU BONFIM

TESTEMUNHAS: Assinatura: _____ RG_____

Nome Completo: _____

TESTEMUNHAS: Assinatura: _____ RG_____

Nome Completo: _____

MISSÃO:

Compreender e respeitar a cultura das Organizações Clientes e a individualidade das pessoas para desenvolver serviços personalizados, focados na melhoria da qualidade e da produtividade.

Este documento foi assinado eletronicamente. As assinaturas realizadas estão listadas em sua última página.
Sua autenticidade pode ser verificada no Portal do TCE/BA através do QRCode ou endereço https://www.tce.ba.gov.br/autenticacaocopia, digitando o código de autenticação: GWOTQXNTQ5

Secretaria da Segurança Pública
Fls. 19
Protocolo

VIDA EM GRUPO

Imprimir Voltar

PORTO SEGURO

Movimento de Faturas - Para Apólice de Vida em Grupo e/ou Acidente Pessoais
Susep nº 90351J

SAC: 0800 727 2746 (informação, reclamação e cancelamento) - 0800 727 8736 (atendimento exclusivo para surdos)
Atendimento Vida e Previdência: (11)3366-3377 (Grande São Paulo) - 0800 727 9393 (demais localidades)

Apólice(VG/APC)	Segurado(Certificado)	Grupo/Cota	Início de Vigência	Competência
51377	0	0/0	25/01/2018	2018-01

Estipulante	Sub-estipulante
1020787 - PRIME SERVICOS E EMPREENDIMENTOS LTDA ME	1020787 - PRIME SERVICOS E EMPREENDIMENTOS LTDA ME

Dados Cadastrais						Coberturas						Controle		
Segurado	C.P.F.	Nome	Tipo de Segurado	Data Nascimento	Sexo	Morte Natural	Morte Acidental	Invalidez Por Acidente	Invalidez Laborativa Permanente Por Doenca Profissional	Assistencia Funeral Titular	Prêmio	Data de Movimentação	Tipo de Movimentação	Tipo de Emissão
226	615115105-44	MARIA ELIZIA MOTA DOS SANTOS	Principal	19/03/1960	M	13.740,00	13.740,00	27.480,00	13.740,00	3.783,82	3,61	31/05/2017	Sem Movimento	ARQ-UNIDADE
227	890978585-34	MARIO SERGIO LIMA BARBOZA	Principal	18/05/1976	M	13.740,00	13.740,00	27.480,00	13.740,00	3.783,82	3,61	31/05/2017	Sem Movimento	ARQ-UNIDADE
228	038262935-33	MIRELE DANTAS CARDOZO	Principal	26/08/1994	M	13.740,00	13.740,00	27.480,00	13.740,00	3.783,82	3,61	31/05/2017	Sem Movimento	ARQ-UNIDADE
229	917839925-49	MIRIAN DE JESUS SANTOS OLIVEIRA	Principal	27/10/1974	M	13.740,00	13.740,00	27.480,00	13.740,00	3.783,82	3,61	31/05/2017	Sem Movimento	ARQ-UNIDADE
230	464420495-15	NILDIVAN NUNES BARRETO	Principal	28/11/1968	M	13.740,00	13.740,00	27.480,00	13.740,00	3.783,82	3,61	31/05/2017	Sem Movimento	ARQ-UNIDADE
231	641579465-53	NILTON FERREIRA DA CRUZ	Principal	18/12/1967	M	13.740,00	13.740,00	27.480,00	13.740,00	3.783,82	3,61	31/05/2017	Sem Movimento	ARQ-UNIDADE
232	912762335-15	PATRICIA SANTOS DA SILVA	Principal	11/08/1974	M	13.740,00	13.740,00	27.480,00	13.740,00	3.783,82	3,61	31/05/2017	Sem Movimento	ARQ-UNIDADE
233	001308295-79	PAULO ARAUJO DOS SANTOS	Principal	30/06/1978	M	13.740,00	13.740,00	27.480,00	13.740,00	3.783,82	3,61	31/05/2017	Sem Movimento	ARQ-UNIDADE
234	058495075-66	PAULO SOUZA PACHECO JUNIOR	Principal	20/01/1991	M	13.740,00	13.740,00	27.480,00	13.740,00	3.783,82	3,61	31/05/2017	Sem Movimento	ARQ-UNIDADE
235	824152345-91	RENILSON DOS SANTOS	Principal	21/12/1979	M	13.740,00	13.740,00	27.480,00	13.740,00	3.783,82	3,61	31/05/2017	Sem Movimento	ARQ-UNIDADE
236	798674805-20	RONALDO LUIS MARTINS DOS SANTOS	Principal	17/08/1978	M	13.740,00	13.740,00	27.480,00	13.740,00	3.783,82	3,61	31/05/2017	Sem Movimento	ARQ-UNIDADE
237	297707855-04	RONILSON MUNCAO DO ROSARIO	Principal	03/05/1964	M	13.740,00	13.740,00	27.480,00	13.740,00	3.783,82	3,61	31/05/2017	Sem Movimento	ARQ-UNIDADE
238	543975535-72	ROQUE FERNANDO SOUZA PEREIRA	Principal	14/08/1971	M	13.740,00	13.740,00	27.480,00	13.740,00	3.783,82	3,61	31/05/2017	Sem Movimento	ARQ-UNIDADE
239	673379295-87	SILAS RODRIGUES SANTANA	Principal	11/03/1974	M	13.740,00	13.740,00	27.480,00	13.740,00	3.783,82	3,61	31/05/2017	Sem Movimento	ARQ-UNIDADE
240	342087475-87	SILVIO PEREIRA HORA	Principal	19/04/1966	M	13.740,00	13.740,00	27.480,00	13.740,00	3.783,82	3,61	31/05/2017	Sem Movimento	ARQ-UNIDADE

121 a 135

Imprimir Voltar

Este documento foi assinado eletronicamente. As assinaturas realizadas estão listadas em sua última página.
Sua autenticidade pode ser verificada no Portal do TCE/BA através do QRCode ou endereço https://www.tce.ba.gov.br/autenticacaocopia, digitando o código de autenticação: GWOTQXNTQ5

TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR

01 CNPJ/CEI	02 Razão Social/Nome			
04.293.000/0001-88	MAP SISTEMAS DE SERVIÇOS LTDA			
03 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento)				04 Bairro
RUA BOCA DA MATA, S/N, LOTES 33/35				PORTAO
05 Município	06 UF	07 CEP	08 CNAE	09 CNPJ/CEI Tomador/Obra
LAURO DE FREITAS	BA	42700-000	8121400	13.937.149/0001-43

IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR

10 PIS/PASEP	11 Nome			
12843732044	IGO VILAS BOAS SANTOS			
12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento)				13 Bairro
RUA PERNABUES, 30 E, AP 1 AND				PERNAMBUES
14 Município	15 UF	16 CEP	17 CTPS (nº, série, UF)	18 CPF
Salvador	BA	41100188	01165 / 00057 / BA	81365888568
19 Data de Nascimento	20 Nome da Mãe			
07/04/1980	VADELICE MATILDE VILAS BOAS SANTOS			

DADOS DO CONTRATO

21 Tipo de Contrato				
1. Contrato de trabalho por prazo indeterminado				
22 Causa do afastamento				
Despedida sem justa causa, pelo empregador				
23 Remuneração Mês Ant.	24 Data de Admissão	25 Data do Aviso Prévio	26 Data do Afastamento	27 Cód. Afastamento
R$ 1.213,01	06/10/2015	09/09/2017	14/10/2017	SJ2
28 Pensão Alim. (%) TRCT	29 Pensão Alim. (%) FGTS	30 Categoria do Trabalhador		
0,00	0,00	01. Empregado		
31 Código Sindical	32 CNPJ e Nome da Entidade Sindical Laboral			
000.000.000.90416-3	32.700.148/0001-25 SINDILIMP SSA			

DISCRIMINAÇÃO DAS VERBAS RESCISÓRIAS

VERBAS RESCISÓRIAS

Rubrica	Valor	Rubrica	Valor	Rubrica	Valor
50 Saldo de 14/dias Salário (líquido de 0/faltas e DSR)	495,51	51 Comissões		52 Gratificação	
53 Adicional de Insalubridade %		54 Adicional de Periculosidade %		55 Adicional Noturno horas %	
56.1 Horas Extras horas %		57 Gorjetas		58 Descanso Semanal Remunerado (DSR)	
59 Reflexo do DSR sobre Salário Variável		60 Multa Art. 477, § 8º/CLT		62 Salário-Família	
63 13º Salário Proporcional 9/12 avos	796,36	64.1 13º Salário Exercício - /12 avos		65 Férias Proporcionais /12 avos	
66.1 Férias Venc. Per. Aquis. / / a / /		68 Terço Constitucional de Férias	353,94	69 Aviso Prévio Indenizado dias	
70 13º Salário (Aviso Prévio Indenizado)		71 Férias (Aviso Prévio Indenizado)		95 FERIAS INDENIZADAS	1.061,81
		99 Ajuste do saldo devedor		**TOTAL BRUTO**	**2.707,62**

DEDUÇÕES

Desconto	Valor	Desconto	Valor	Desconto	Valor
100 Pensão Alimentícia		101 Adiantamento Salarial		102 Adiantamento de 13º Salário	
103 Aviso Prévio Indenizado dias		106 Vale Transporte	29,73	112.1 Previdencia Social	39,64
112.2 Previdencia Social 13 Salario	63,70	114.1 IRRF		114.2 IRRF sobre 13º Salário	
115.1 BENEFICIO APOIO FAMILIAR	1,00	115.2 CREDITO INDEVIDO VT	86,40	115.3 CREDITO INDEVIDO VR	146,88
115.4 DESC ALIMENTAÇÃO	22,03	115.5 EMPRESTIMO BV RESCISÃO	695,47	**TOTAL DEDUÇÕES**	**1.084,85**
				VALOR LÍQUIDO	**1.622,77**

Este documento foi assinado eletronicamente. As assinaturas realizadas estão listadas em sua última página.
Sua autenticidade pode ser verificada no Portal do TCE/BA através do QRCode ou endereço https://www.tce.ba.gov.br/autenticacaocopia, digitando o código de autenticação: GWOTQXNTQ5

Secretaria da Segurança Pública
Fls. 20
Protocolo

VIDA EM GRUPO

Imprimir Voltar

PORTO SEGURO

Movimento de Faturas - Para Apólice de Vida em Grupo e/ou Acidente Pessoais
Susep nº 90351J

SAC: 0800 727 2746 (informação, reclamação e cancelamento) - 0800 727 8736 (atendimento exclusivo para surdos)
Atendimento Vida e Previdência: (11)3366-3377 (Grande São Paulo) - 0800 727 9393 (demais localidades)

Apólice(VG/APC)	Segurado(Certificado)	Grupo/Cota	Inicio de Vigência	Competência
51377	0	0/0	25/01/2018	2018-01

Estipulante	Sub-estipulante
1020787 - PRIME SERVICOS E EMPREENDIMENTOS LTDA ME	1020787 - PRIME SERVICOS E EMPREENDIMENTOS LTDA ME

Dados Cadastrais						Coberturas						Controle		
Segurado	C.P.F.	Nome	Tipo de Segurado	Data Nascimento	Sexo	Morte Natural	Morte Acidental	Invalidez Por Acidente	Invalidez Laborativa Permanente Por Doenca Profissional	Assistencia Funeral Titular	Prêmio	Data de Movimentação	Tipo de Movimentação	Tipo de Emissão
241	342082755-53	VALDEMAR PEREIRA DE SOUSA FILHO	Principal	14/04/1963	M	13.740,00	13.740,00	27.480,00	13.740,00	3.783,82	3,61	31/05/2017	Sem Movimento	ARQ-UNIDADE
242	019272865-22	JAMILLE MONTEIRO DE OLIVEIRA	Principal	17/09/1992	F	13.740,00	13.740,00	27.480,00	13.740,00	3.783,82	3,61	06/06/2017	Sem Movimento	WEB-PORTAL
243	058870715-59	WILSON ROGERIO DOS SANTOS VIEIRA	Principal	19/08/1994	M	13.740,00	13.740,00	27.480,00	13.740,00	3.783,82	3,61	27/06/2017	Sem Movimento	WEB-PORTAL
244	781269755-04	ADAILTON PEREIRA DE SOUZA FILHO	Principal	25/12/1976	M	13.740,00	13.740,00	27.480,00	13.740,00	3.783,82	3,61	28/09/2017	Sem Movimento	WEB-PORTAL
245	253873245-04	DEMERVAL DA SILVA MOTA	Principal	07/03/1962	M	13.740,00	13.740,00	27.480,00	13.740,00	3.783,82	3,61	28/09/2017	Sem Movimento	WEB-PORTAL
246	454574255-68	DENILSON DOS SANTOS SOUZA	Principal	07/11/1966	M	13.740,00	13.740,00	27.480,00	13.740,00	3.783,82	3,61	28/09/2017	Sem Movimento	WEB-PORTAL
247	059197395-25	DIEGO NASCIMENTO SOUZA	Principal	27/10/1992	M	13.740,00	13.740,00	27.480,00	13.740,00	3.783,82	3,61	28/09/2017	Sem Movimento	WEB-PORTAL
248	859862575-29	EDSON BARBOSA DE SOUZA JUNIOR	Principal	27/11/1996	M	13.740,00	13.740,00	27.480,00	13.740,00	3.783,82	3,61	28/09/2017	Sem Movimento	WEB-PORTAL
249	052485535-80	EVERTON DE FREITAS SILVA	Principal	13/08/1986	M	13.740,00	13.740,00	27.480,00	13.740,00	3.783,82	3,61	28/09/2017	Sem Movimento	WEB-PORTAL
250	053705005-17	RISIA SENA DA SILVA	Principal	12/05/1992	F	13.740,00	13.740,00	27.480,00	13.740,00	3.783,82	3,61	28/09/2017	Sem Movimento	WEB-PORTAL
251	041400945-24	FELIPE ALEXANDRE ROULLET BISNETO	Principal	10/03/1988	M	13.740,00	13.740,00	27.480,00	13.740,00	3.783,82	3,61	28/09/2017	Sem Movimento	WEB-PORTAL
252	545335205-10	FERNANDO RIBEIRO DOS SANTOS	Principal	12/01/1971	M	13.740,00	13.740,00	27.480,00	13.740,00	3.783,82	3,61	28/09/2017	Sem Movimento	WEB-PORTAL
253	048378425-77	IAN NOBRE DE BRITO	Principal	09/09/1994	M	13.740,00	13.740,00	27.480,00	13.740,00	3.783,82	3,61	28/09/2017	Sem Movimento	WEB-PORTAL
254	677325695-04	IRINALDO DE JESUS BRITO	Principal	10/02/1975	M	13.740,00	13.740,00	27.480,00	13.740,00	3.783,82	3,61	28/09/2017	Sem Movimento	WEB-PORTAL
255	189043945-20	IRONILSON BOMFUM DE JESUS	Principal	10/05/1961	M	13.740,00	13.740,00	27.480,00	13.740,00	3.783,82	3,61	28/09/2017	Sem Movimento	WEB-PORTAL

136 a 150

Imprimir Voltar

Este documento foi assinado eletronicamente. As assinaturas realizadas estão listadas em sua última página.
Sua autenticidade pode ser verificada no Portal do TCE/BA através do QRCode ou endereço https://www.tce.ba.gov.br/autenticacaocopia, digitando o código de autenticação: GWOTQXNTQ5

TERMO DE HOMOLOGAÇÃO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

EMPREGADOR

01 CNPJ / CEI	02 Razão Social / Nome
04.293.000/0001-88	MAP SISTEMAS DE SERVIÇOS LTDA

TRABALHADOR

10 PIS/PASEP	11 Nome
12843732044	IGO VILAS BOAS SANTOS

17 CTPS (Nº, Série, UF)	18 CPF	19 Data de Nascimento	20 Nome da Mãe
01165 / 00057 / BA	81365888568	07/04/1980	VADELICE MATILDE VILAS BOAS SANTOS

CONTRATO

22 Causa do afastamento
Despedida sem justa causa, pelo empregador

24 Data de Admissão	25 Data do Aviso Prévio	26 Data de Afastamento	27 Cód. Afast.	29 Pensão Alimentícia (%) FGTS
06/10/2015	09/09/2017	14/10/2017	SJ2	0,00

30 Categoria do Trabalhador
01. Empregado

31 Código Sindical	32 CNPJ e Nome da Entidade Sindical Laboral
000.000.000.90416-3	32.700.148/0001-25 SINDILIMP SSA

Foi prestada, gratuitamente, assistência na rescisão do contrato de trabalho, nos termos do artigo nº477, §1º, da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), sendo comprovado neste ato o efetivo pagamento das verbas rescisórias especificadas no corpo do TRCT, no valor líquido de R$ 1.622,77 , o qual, devidamente rubricado pelas partes, é parte integrante do presente Termo de Homologação.
As partes assistidas no presente ato de rescisão contratual foram identificadas como legítimas conforme previsto na Instrução Normativa/SRT nº 15/2010.

Fica ressalvado o direito de o trabalhador pleitear judicialmente os direitos informados no campo 155, abaixo.

_____/____, ____ de _____ de _____.

GRUPO MAP
Clayton Ferreira
RG 07 504 675 09

150 Assinatura do Empregador ou Preposto

151 Assinatura do Trabalhador

152 Assinatura do Responsável Legal do Trabalhador

153 Carimbo e Assinatura do Assistente

154 Nome do Órgão Homologador

155 Ressalvas

Falta dissídio CCT 2017

SINDILIMP BA
Sind. dos Trab. em Limp. Publica Com. Insp. Ass. Pres. Serv. em Geral Cons. Jard. Central, Praças Intermunicipais
Em 18/10/2017
DIRETORIA COLEGIADA

156 Informações à CAIXA:

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA
Pode o trabalhador iniciar ação judicial quanto aos créditos resultantes das relações de trabalho até o limite de dois anos após a extinção do contrato de trabalho (Inc. XXIX, Art. 7º da Constituição Federal/1988).

Este documento foi assinado eletronicamente. As assinaturas realizadas estão listadas em sua última página.
Sua autenticidade pode ser verificada no Portal do TCE/BA através do QRCode ou endereço https://www.tce.ba.gov.br/autenticacaocopia, digitando o código de autenticação: GWOTQXNTQ5

Secretaria da Segurança Pública
Fls. 21
Protocolo

VIDA EM GRUPO

Imprimir Voltar

PORTO SEGURO

Movimento de Faturas - Para Apólice de Vida em Grupo e/ou Acidente Pessoais
Susep nº 90351J

SAC: 0800 727 2746 (informação, reclamação e cancelamento) - 0800 727 8736 (atendimento exclusivo para surdos)
Atendimento Vida e Previdência: (11)3366-3377 (Grande São Paulo) - 0800 727 9393 (demais localidades)

Apólice(VG/APC)	Segurado(Certificado)	Grupo/Cota	Inicio de Vigência	Competência
51377	0	0/0	25/01/2018	2018-01

Estipulante	Sub-estipulante
1020787 - PRIME SERVICOS E EMPREENDIMENTOS LTDA ME	1020787 - PRIME SERVICOS E EMPREENDIMENTOS LTDA ME

Dados Cadastrais						Coberturas						Controle		
Segurado	C.P.F.	Nome	Tipo de Segurado	Data Nascimento	Sexo	Morte Natural	Morte Acidental	Invalidez Por Acidente	Invalidez Laborativa Permanente Por Doenca Profissional	Assistencia Funeral Titular	Prêmio	Data de Movimentação	Tipo de Movimentação	Tipo de Emissão
256	024245865-35	ISAAC DE JESUS MENDES	Principal	11/04/1980	M	13.740,00	13.740,00	27.480,00	13.740,00	3.783,82	3,61	28/09/2017	Sem Movimento	WEB-PORTAL
257	504926915-68	IVA CAVALCANTE SILVA	Principal	31/05/1967	M	13.740,00	13.740,00	27.480,00	13.740,00	3.783,82	3,61	28/09/2017	Sem Movimento	WEB-PORTAL
258	020535075-51	JOAO RAIMUNDO SANTANA RIBEIRO FILHO	Principal	17/10/1983	M	13.740,00	13.740,00	27.480,00	13.740,00	3.783,82	3,61	28/09/2017	Sem Movimento	WEB-PORTAL
259	355152875-68	JOSE RAIMUNDO DOS SANTOS	Principal	24/08/1962	M	13.740,00	13.740,00	27.480,00	13.740,00	3.783,82	3,61	28/09/2017	Sem Movimento	WEB-PORTAL
260	830448765-91	JUAREZ BISPO SOUZA	Principal	02/06/1981	M	13.740,00	13.740,00	27.480,00	13.740,00	3.783,82	3,61	28/09/2017	Sem Movimento	WEB-PORTAL
261	026673885-00	LEANDRO NASCIMENTO BATISTA	Principal	23/09/1984	M	13.740,00	13.740,00	27.480,00	13.740,00	3.783,82	3,61	28/09/2017	Sem Movimento	WEB-PORTAL
262	018864075-41	LUCAS BORGES NOGUEIRA	Principal	13/08/1985	M	13.740,00	13.740,00	27.480,00	13.740,00	3.783,82	3,61	28/09/2017	Sem Movimento	WEB-PORTAL
263	859128305-86	RODOLFO AMARAL DE CASTRO	Principal	28/10/1994	M	13.740,00	13.740,00	27.480,00	13.740,00	3.783,82	3,61	28/09/2017	Sem Movimento	WEB-PORTAL
264	020892835-99	TARCISIO DA CRUZ SANTOS	Principal	10/08/1984	M	13.740,00	13.740,00	27.480,00	13.740,00	3.783,82	3,61	28/09/2017	Sem Movimento	WEB-PORTAL
265	016692095-98	VALDINEI DOS SANTOS CONCEIO	Principal	30/12/1983	M	13.740,00	13.740,00	27.480,00	13.740,00	3.783,82	3,61	28/09/2017	Sem Movimento	WEB-PORTAL
266	023684405-93	VITOR ANDRE SILVA DOS SANTOS	Principal	18/01/1987	M	13.740,00	13.740,00	27.480,00	13.740,00	3.783,82	3,61	28/09/2017	Sem Movimento	WEB-PORTAL
267	675648875-91	WELLINGTON LUIZ DA SILVA SOUZA	Principal	31/03/1970	M	13.740,00	13.740,00	27.480,00	13.740,00	3.783,82	3,61	28/09/2017	Sem Movimento	WEB-PORTAL
268	830809965-34	ALEXSANDRA DOS SANTOS ROMAO SANTOS	Principal	03/09/1980	F	13.740,00	13.740,00	27.480,00	13.740,00	3.783,82	3,61	28/09/2017	Sem Movimento	WEB-PORTAL
269	020527085-96	ALMIR SOUZA DO SACRAMENTO	Principal	29/04/1985	M	13.740,00	13.740,00	27.480,00	13.740,00	3.783,82	3,61	28/09/2017	Sem Movimento	WEB-PORTAL
270	813897525-34	ANA PAULA SILVA DE OLIVEIRA	Principal	27/02/1981	F	13.740,00	13.740,00	27.480,00	13.740,00	3.783,82	3,61	28/09/2017	Sem Movimento	WEB-PORTAL

151 a 165

Imprimir Voltar

Este documento foi assinado eletronicamente. As assinaturas realizadas estão listadas em sua última página.
Sua autenticidade pode ser verificada no Portal do TCE/BA através do QRCode ou endereço https://www.tce.ba.gov.br/autenticacaocopia, digitando o código de autenticação: GWOTQXNTQ5

COMPROVANTE PAGAMENTO

Empresa: MAP SISTEMAS
CNPJ: 04.293.000/0001-88
Banco: CAIXA
Conta Débito: 104 / 1522-9 / 3029-0

CAIXA

Favorecido: IGO VILAS BOAS SANTOS (813.658.885-68)
Conta Crédito: CAIXA / 1522-9 / 13230-6
Valor: R$ 1.622,77 **Status:** EFETIVADO
Creditado em: 13/10/2017 **Efetivado em:** 13/10/2017

Autenticação: 16200287A53161C9892EE0000

Este documento foi assinado eletronicamente. As assinaturas realizadas estão listadas em sua última página.
Sua autenticidade pode ser verificada no Portal do TCE/BA através do QRCode ou endereço https://www.tce.ba.gov.br/autenticacaocopia, digitando o código de autenticação: GWOTQXNTQ5

Secretaria da Segurança Pública
Fls. 22
Protocolo

VIDA EM GRUPO

Imprimir Voltar

PORTO SEGURO

Movimento de Faturas - Para Apólice de Vida em Grupo e/ou Acidente Pessoais
Susep nº 90351J

SAC: 0800 727 2746 (informação, reclamação e cancelamento) - 0800 727 8736 (atendimento exclusivo para surdos)
Atendimento Vida e Previdência: (11)3366-3377 (Grande São Paulo) - 0800 727 9393 (demais localidades)

Apólice(VG/APC)	Segurado(Certificado)	Grupo/Cota	Inicio de Vigência	Competência
51377	0	0/0	25/01/2018	2018-01

Estipulante	Sub-estipulante
1020787 - PRIME SERVICOS E EMPREENDIMENTOS LTDA ME	1020787 - PRIME SERVICOS E EMPREENDIMENTOS LTDA ME

Dados Cadastrais						Coberturas						Controle		
Segurado	C.P.F.	Nome	Tipo de Segurado	Data Nascimento	Sexo	Morte Natural	Morte Acidental	Invalidez Por Acidente	Invalidez Laborativa Permanente Por Doenca Profissional	Assistencia Funeral Titular	Prêmio	Data de Movimentação	Tipo de Movimentação	Tipo de Emissão
271	788089875-15	CRISTIANO DE JESUS DA SILVA	Principal	29/07/1978	M	13.740,00	13.740,00	27.480,00	13.740,00	3.783,82	3,61	28/09/2017	Sem Movimento	WEB-PORTAL
272	013885671-05	GILSON SANTOS DE JESUS	Principal	07/02/1980	M	13.740,00	13.740,00	27.480,00	13.740,00	3.783,82	3,61	28/09/2017	Sem Movimento	WEB-PORTAL
273	026199125-63	JANDIRA CRISTINA DOS SANTOS	Principal	16/02/1986	F	13.740,00	13.740,00	27.480,00	13.740,00	3.783,82	3,61	10/10/2017	Sem Movimento	CONVENCIONAL
274	403162205-82	JANISSE MARIA DOS SANTOS	Principal	22/11/1966	F	13.740,00	13.740,00	27.480,00	13.740,00	3.783,82	3,61	28/09/2017	Sem Movimento	WEB-PORTAL
275	065235655-99	JOAO BARBOSA	Principal	20/07/1982	M	13.740,00	13.740,00	27.480,00	13.740,00	3.783,82	3,61	28/09/2017	Sem Movimento	WEB-PORTAL
276	638855145-91	LOURDES SIMOES DA SILVA	Principal	18/08/1971	F	13.740,00	13.740,00	27.480,00	13.740,00	3.783,82	3,61	28/09/2017	Sem Movimento	WEB-PORTAL
277	281957015-15	MARIA APARECIDA CARDIAL	Principal	05/03/1959	F	13.740,00	13.740,00	27.480,00	13.740,00	3.783,82	3,61	28/09/2017	Sem Movimento	WEB-PORTAL
278	522125645-20	MARIA CELIA DE JESUS SILVA	Principal	17/08/1968	F	13.740,00	13.740,00	27.480,00	13.740,00	3.783,82	3,61	28/09/2017	Sem Movimento	WEB-PORTAL
279	510218895-04	MARIA SOUZA DE ASSIS	Principal	29/11/1964	F	13.740,00	13.740,00	27.480,00	13.740,00	3.783,82	3,61	28/09/2017	Sem Movimento	WEB-PORTAL
280	339072505-91	NADIA MARIA BATISTA MEIRELES	Principal	03/01/1959	F	13.740,00	13.740,00	27.480,00	13.740,00	3.783,82	3,61	28/09/2017	Sem Movimento	WEB-PORTAL
281	462209505-00	NILZETE OLIVEIRA SOUZA	Principal	04/06/1968	F	13.740,00	13.740,00	27.480,00	13.740,00	3.783,82	3,61	28/09/2017	Sem Movimento	WEB-PORTAL
282	749545634-53	OTACIANO FERREIRA DA SILVA	Principal	26/04/1971	M	13.740,00	13.740,00	27.480,00	13.740,00	3.783,82	3,61	28/09/2017	Sem Movimento	WEB-PORTAL
283	066070955-42	PABLO SANTOS DO AMOR DIVINO	Principal	15/02/1996	M	13.740,00	13.740,00	27.480,00	13.740,00	3.783,82	3,61	28/09/2017	Sem Movimento	WEB-PORTAL
284	543410945-72	SANDRA CRISTINA CARVALHO DE JESUS	Principal	04/08/1969	F	13.740,00	13.740,00	27.480,00	13.740,00	3.783,82	3,61	28/09/2017	Sem Movimento	WEB-PORTAL
285	988231165-20	SILZA SANTOS DOS NEVES	Principal	15/03/1978	F	13.740,00	13.740,00	27.480,00	13.740,00	3.783,82	3,61	28/09/2017	Sem Movimento	WEB-PORTAL

166 a 180

Imprimir Voltar

Este documento foi assinado eletronicamente. As assinaturas realizadas estão listadas em sua última página.
Sua autenticidade pode ser verificada no Portal do TCE/BA através do QRCode ou endereço https://www.tce.ba.gov.br/autenticacaocopia, digitando o código de autenticação: GWOTQXNTQ5

FGTS
FUNDO DE GARANTIA DO TEMPO DE SERVIÇO

DATA: 16/10/2017
HORA: 10:36:19
PAG: 001/001

Versão do Aplicativo: 3.3.10 - 18/07/2017

RELATÓRIO DE MOVIMENTAÇÕES ACATADAS

RESPONSÁVEL: 04.293.000/0001-88 - MAP SISTEMAS DE SERVICOS LTDA

CNPJ/CEI: 04.293.000/0001-88 RAZAO SOCIAL EMPRESA: MAP SISTEMAS DE SERVICOS LTDA
CÓD ESTAB: 9940001992690 IDENTIFICADOR GRRF: 28372701642930002

A COMUNICACAO DE MOVIMENTACAO DO TRABALHADOR REALIZADA POR MEIO DE TRANSMISSAO DA GRRF RESULTARA EM PAGAMENTO AUTOMATICO DA(S) CONTA(S) DO FGTS PARA O(S) TRABALHADOR(ES) DESSA EMPRESA, EXCETO, PARA AQUELES COM IDENTIFICACAO DE PENSAO ALIMENTICIA. OS DADOS INFORMADOS SAO DE SUA INTEIRA RESPONSABILIDADE.

NOME DO TRABALHADOR: IGO VILAS BOAS SANTOS CÓD. CATEGORIA: 01 CÓD. TRABALHADOR: 1170636
PIS /PASEP/NIT: 128.43732.04-4 DATA ADMISSÃO: 06/10/2015 COD. SAQUE: 01
DATA/COD.MOVIM: 14/10/2017 - I1 CHAVE IDENTIFICAÇÃO: CX-12843732044-74294031-27 DATA PREV. PAGTO: 19/10/2017
BASE DOMICILIO : BA

TRABALHADOR(A), PROMOVER O SAQUE DO FGTS, EM QUALQUER AGENCIA DA CAIXA, A PARTIR DA DATA PREVISTA PARA PAGAMENTO ACIMA INFORMADA

Este documento foi assinado eletronicamente. As assinaturas realizadas estão listadas em sua última página.
Sua autenticidade pode ser verificada no Portal do TCE/BA através do QRCode ou endereço https://www.tce.ba.gov.br/autenticacaocopia, digitando o código de autenticação: GWOTQXNTQ5

Secretaria da Segurança Pública
Fls. 23
Protocolo

VIDA EM GRUPO

Imprimir Voltar

PORTO SEGURO

Movimento de Faturas - Para Apólice de Vida em Grupo e/ou Acidente Pessoais
Susep nº 90351J

SAC: 0800 727 2746 (informação, reclamação e cancelamento) - 0800 727 8736 (atendimento exclusivo para surdos)
Atendimento Vida e Previdência: (11)3366-3377 (Grande São Paulo) - 0800 727 9393 (demais localidades)

Apólice(VG/APC)	Segurado(Certificado)	Grupo/Cota	Inicio de Vigência	Competência
51377	0	0/0	25/01/2018	2018-01

Estipulante	Sub-estipulante
1020787 - PRIME SERVICOS E EMPREENDIMENTOS LTDA ME	1020787 - PRIME SERVICOS E EMPREENDIMENTOS LTDA ME

Dados Cadastrais						Coberturas						Controle		
Segurado	C.P.F.	Nome	Tipo de Segurado	Data Nascimento	Sexo	Morte Natural	Morte Acidental	Invalidez Por Acidente	Invalidez Laborativa Permanente Por Doença Profissional	Assistencia Funeral Titular	Prêmio	Data de Movimentação	Tipo de Movimentação	Tipo de Emissão
286	010779125-01	TATIANE ALVES BARBOSA	Principal	24/04/1983	F	13.740,00	13.740,00	27.480,00	13.740,00	3.783,82	3,61	28/09/2017	Sem Movimento	WEB-PORTAL

181 a 181

Imprimir Voltar

Este documento foi assinado eletronicamente. As assinaturas realizadas estão listadas em sua última página.
Sua autenticidade pode ser verificada no Portal do TCE/BA através do QRCode ou endereço https://www.tce.ba.gov.br/autenticacaocopia, digitando o código de autenticação: GWOTQXNTQ5

CAIXA

:: Extrato de Conta do Fundo de Garantia - FGTS

Data / Hora Consulta: 16/10/2017 14:27:43 016819

Nome:	**IGO VIDAS BOAS SANTOS**		
PIS/PASEP/NIT:	**128.43732.04-4**		
Empresa:	MAP SISTEMA DE SERVICOS LTDA		
CNPJ/CEI/CPF:	04.293.000/0001-88		
Cód. Estab.:	09940001992690	Categoria:	01
Nº Conta FGTS:	00001170636	Data Admissão:	06/10/2015
Data/Cód. Movimentação:	10/10/2017 - I1	Data Opção:	06/10/2015
Taxa Juros:	3 %	Tipo Conta:	OPTANTE
Valor Base para Fins Rescisórios:	R$ 2.216,56	Base:	BA
SALDO:	**R$ 2.240,75**	Atualizado em:	16/10/2017

Histórico dos Lançamentos

Data	Descrição dos Lançamentos	Valor R$	Total R$
	SALDO ANTERIOR		1.575,48
10/04/2017	CREDITO DE JAM	6,28	1.581,76
07/04/2017	DEPOSITO MARCO/2017	92,49	1.674,25
05/05/2017	DEPOSITO ABRIL/2017	84,94	1.759,19
10/05/2017	CREDITO DE JAM	4,12	1.763,31
10/06/2017	CREDITO DE JAM	5,69	1.769,
07/06/2017	DEPOSITO MAIO/2017	84,94	1.853,94
10/07/2017	CREDITO DE JAM	5,56	1.859,50
07/07/2017	DEPOSITO JUNHO/2017	84,94	1.944,44
10/08/2017	CREDITO DE JAM	6,00	1.950,44
10/08/2017	CRED DIST RESULTADO ANO BASE 12/2016	24,07	1.974,51
07/08/2017	DEPOSITO JULHO/2017	84,94	2.059,45
10/09/2017	CREDITO DE JAM	6,12	2.065,57
06/09/2017	DEPOSITO AGOSTO/2017	84,94	2.150,51
10/10/2017	CREDITO DE JUROS/ATUALIZACAO MONETARIA 0,002466	5,30	2.155,81
06/10/2017	DEPOSITO SETEMBRO/2017	84,94	2.240,75

IMPRIMIR

Este documento foi assinado eletronicamente. As assinaturas realizadas estão listadas em sua última página.
Sua autenticidade pode ser verificada no Portal do TCE/BA através do QRCode ou endereço https://www.tce.ba.gov.br/autenticacaocopia, digitando o código de autenticação: GWOTQXNTQ5

Secretaria da Segurança Pública
Fls. 24
Protocolo

Consultas - Emissão de comprovantes

A336271418514649174
27/12/2017 16:25:35

```
SISBB  -  SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
27/12/2017 -      AUTOATENDIMENTO       - 16.25.37
2816902816          SEGUNDA VIA                0006
            COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
                COMPROVANTE DE
  TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: PRIME SERVICOS E EMPREEND
AGENCIA: 2816-9 CONTA:         47.187-9
================================================
FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA CORRENTE
REMETENTE : PRIME SERVICOS E EMPREEND
BANCO: 237 - BANCO BRADESCO S.A.
AGENCIA: 2367-1 - AG.EMP.FORTALEZA-U.FORT.
CONTA:       10.750-6

FAVORECIDO:  HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA
CPF/CNPJ: 63.554.067/0001-98
VALOR: R$                                9.350,11
DEBITO EM: 27/12/2017
================================================
DOCUMENTO: 122704
AUTENTICACAO SISBB:         0.047.D52.525.665.11A
```

Transação efetuada com sucesso por: JB481760 ANDSON J R BARBOSA.

Este documento foi assinado eletronicamente. As assinaturas realizadas estão listadas em sua última página.
Sua autenticidade pode ser verificada no Portal do TCE/BA através do QRCode ou endereço https://www.tce.ba.gov.br/autenticacaocopia, digitando o código de autenticação: GWOTQXNTQ5

Secretaria da Segurança Pública
Fls. 25
Protocolo

Consultas - Emissão de comprovantes

A33B281419996498053
28/02/2018 15:16:36

```
SISBB  -  SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
28/02/2018 -      AUTOATENDIMENTO       - 15.16.36
2816902816          SEGUNDA VIA               0001
            COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
                COMPROVANTE DE
  TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: PRIME SERVICOS E EMPREEND
AGENCIA: 2816-9 CONTA:         47.187-9
================================================
FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA CORRENTE
REMETENTE : PRIME SERVICOS E EMPREEND
BANCO: 237 - BANCO BRADESCO S.A.
AGENCIA: 2367-1 - AG.EMP.FORTALEZA-U.FORT.
CONTA:       10.750-6

FAVORECIDO:  HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA
CPF/CNPJ: 63.554.067/0001-98
VALOR: R$                                10.803,96
DEBITO EM: 23/02/2018
================================================
DOCUMENTO: 022303
AUTENTICACAO SISBB:         2.DDC.FBE.E2D.C05.2AE
```

Transação efetuada com sucesso por: JB481760 ANDSON J R BARBOSA.

Este documento foi assinado eletronicamente. As assinaturas realizadas estão listadas em sua última página.
Sua autenticidade pode ser verificada no Portal do TCE/BA através do QRCode ou endereço https://www.tce.ba.gov.br/autenticacaocopia, digitando o código de autenticação: GWOTQXNTQ5

Secretaria da Segurança Pública
Fls. 26
Protocolo

CLINICA ESSENCIAL VIDA

Atestado de Saúde Ocupacional

EM CUMPRIMENTO AO DISPOSTO NOS SUB-ITENS 7.4.4.3, DA NR 07 PORTARIA ,Nº3214/78,DO MTB DE 13.05.1996,PARA FINS DE :

Identificação

Empresa: PRIME SERVICOS E EMPREEND EIRELI EPP		CNPJ: 12668873000156
Funcionário (Nome): **ALEXANDRA VIEIRA DE SOUZA**		RG: 0668920319
IDADE: 43 anos 22 dia(s)	Data de Nascimento: 24/12/1974	Tipo de Atendimento: PERIODICO
Função: SERVENTE	Setor: OPERACIONAL	

Riscos de Exposição

( ) FÍSICO:
( ) QUÍMICO:
( ) BIOLÓGICO:
(X)ERGONÔMICO:POSTURA INADEQUADA
( ) ACIDENTE:
( ) SEM RISCOS OCUPACIONAIS ESPECIFICOS.

Exames Complementares

Em observação ao subitem 7.4.1 da norma regulamentadora nº 7, atestamos que o (a) candidato (a) / empregado (a) acima identificado, submeteu-se aos procedimentos médicos abaixo discriminados:

EXAME CLINICO OCUPACIONAL	15/01/2018		

Sobre o (a) mesmo (a) emitimos o seguinte parecer **APTO PARA FUNÇÃO (X) INAPTO PARA FUNÇÃO ( )** **APTO À TRABALHAR EM ALTURA ( )**	Observações:

Declaro que estou ciente do resultado dos exames acima e que recebi copia deste Atestado de Saude Ocupacinal Assinatura do (a) Empregado (a)	Salvador, 15 de Janeiro de 2018 Dra. Amanda Moreno CRM - 26.336 Médica Médico Examinador

Identificação do Médico Coordenador

Médico Coordenador / Médico do trabalho (a): CRM/BA :
TEL.3035-1035

1ª VIA EMPREGADOR - 2ª VIA EMPREGADO RECEBI 2ª VIA EM____/____/____
CÓPIA DESTE ASO PODERÁ SER OBTIDA ATÉ 90 (NOVENTA) DIAS APÓS A EMISSÃO

Este documento foi assinado eletronicamente. As assinaturas realizadas estão listadas em sua última página.
Sua autenticidade pode ser verificada no Portal do TCE/BA através do QRCode ou endereço https://www.tce.ba.gov.br/autenticacaocopia, digitando o código de autenticação: GWOTQXNTQ5

TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR

01 CNPJ/CEI	02 Razão Social/Nome			
04.293.000/0001-88	MAP SISTEMAS DE SERVIÇOS LTDA			
03 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento)				04 Bairro
RUA BOCA DA MATA, S/N, LOTES 33/35				PORTAO
05 Município	06 UF	07 CEP	08 CNAE	09 CNPJ/CEI Tomador/Obra
LAURO DE FREITAS	BA	42700-000	8121400	13.937.149/0001-43

IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR

10 PIS/PASEP	11 Nome			
12889613315	MERCIA DE SOUZA ABREU BONFIM			
12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento)				13 Bairro
RUA TELES, 4E, 0000				CASTELO BRANCO
14 Município	15 UF	16 CEP	17 CTPS (nº, série, UF)	18 CPF
Salvador	BA	41321-725	2425460 / 0020 / BA	81140169572
19 Data de Nascimento	20 Nome da Mãe			
18/04/1980	MAURA NASCIMENTO ABREU			

DADOS DO CONTRATO

21 Tipo de Contrato				
1. Contrato de trabalho por prazo indeterminado				
22 Causa do afastamento				
Despedida sem justa causa, pelo empregador				
23 Remuneração Mês Ant.	24 Data de Admissão	25 Data do Aviso Prévio	26 Data de Afastamento	27 Cód. Afastamento
R$ 1.241,81	06/10/2015	09/09/2017	14/10/2017	SJ2
28 Pensão Alim. (%) TRCT	29 Pensão Alim. (%) FGTS	30 Categoria do Trabalhador		
0,00	0,00	01. Empregado		
31 Código Sindical	32 CNPJ e Nome da Entidade Sindical Laboral			
000.000.000.90416-3	32.700.148/0001-25 SINDILIMP SSA			

DISCRIMINAÇÃO DAS VERBAS RESCISÓRIAS

VERBAS RESCISÓRIAS

Rubrica	Valor	Rubrica	Valor	Rubrica	Valor
50 Saldo de 14/dias Salário (líquido de 0/faltas e DSR)	495,51	51 Comissões		52 Gratificação	
53 Adicional de Insalubridade %		54 Adicional de Periculosidade %		55 Adicional Noturno horas %	
56.1 Horas Extras horas %		57 Gorjetas		58 Descanso Semanal Remunerado (DSR)	
59 Reflexo do DSR sobre Salário Variável		60 Multa Art. 477, § 8º/CLT		62 Salário-Família	
63 13º Salário Proporcional 9/12 avos	796,36	64.1 13º Salário Exercício - /12 avos		65 Férias Proporcionais /12 avos	
66.1 Férias Venc. Per. Aquis. / / a / /		68 Terço Constitucional de Férias	353,94	69 Aviso Prévio Indenizado dias	
70 13º Salário (Aviso Prévio Indenizado)		71 Férias (Aviso Prévio Indenizado)		95 FERIAS INDENIZADAS	1.061,81
		99 Ajuste do saldo devedor		**TOTAL BRUTO**	**2.707,62**

DEDUÇÕES

Desconto	Valor	Desconto	Valor	Desconto	Valor
100 Pensão Alimentícia		101 Adiantamento Salarial		102 Adiantamento de 13º Salário	
103 Aviso Prévio Indenizado dias		106 Vale Transporte	29,73	112.1 Previdencia Social	39,64
112.2 Previdencia Social 13 Salario	63,70	114.1 IRRF		114.2 IRRF sobre 13º Salário	
115.1 BENEFICIO APOIO FAMILIAR	1,00	115.2 CREDITO INDEVIDO VT	115,20	115.3 CREDITO INDEVIDO VR	195,84
115.4 DESC ALIMENTAÇÃO	22,03	115.5 EMPRESTIMO BV RESCISÃO	672,14	**TOTAL DEDUÇÕES**	**1.139,28**
				VALOR LÍQUIDO	**1.568,34**

Este documento foi assinado eletronicamente. As assinaturas realizadas estão listadas em sua última página.
Sua autenticidade pode ser verificada no Portal do TCE/BA através do QRCode ou endereço https://www.tce.ba.gov.br/autenticacaocopia, digitando o código de autenticação: GWOTQXNTQ5

ESSENCIAL VIDA

Secretaria da Segurança Pública
Fls. 27
Protocolo

Atestado de Saúde Ocupacional

EM CUMPRIMENTO AO DISPOSTO NOS SUB-ITENS 7.4.4.3, DA NR 07 PORTARIA ,Nº3214/78,DO MTB DE 13.05.1996,PARA FINS DE :

Identificação

Empresa: PRIME SERVICOS E EMPREEND EIRELI EPP		CNPJ: 12668873000156
Funcionário (Nome): **MARIA NOELIA COSTA RAMOS**		RG: 0550441824
IDADE: 45 anos 4 meses	Data de Nascimento: 05/09/1972	Tipo de Atendimento: PERIODICO
Função: SERVENTE	Setor: OPERACIONAL	

Riscos de Exposição

( ) FÍSICO:
( ) QUÍMICO:
( ) BIOLÓGICO:
(X)ERGONÔMICO:POSTURA INADEQUADA
( ) ACIDENTE:
( ) SEM RISCOS OCUPACIONAIS ESPECIFICOS.

Exames Complementares

Em observação ao subitem 7.4.1 da norma regulamentadora nº 7. atestamos que o (a) candidato (a) / empregado (a) acima identificado, submeteu-se aos procedimentos médicos abaixo discriminados:

EXAME CLINICO OCUPACIONAL	12/01/2018		

Sobre o (a) mesmo (a) emitimos o seguinte parecer **APTO PARA FUNÇÃO (X) INAPTO PARA FUNÇÃO ( )** **APTO À TRABALHAR EM ALTURA ( )**	Observações:

Declaro que estou ciente do resultado dos exames acima e que recebi copia deste Atestado de Saude Ocupacinal Assinatura do (a) Empregado (a)	Salvador, 12 de Janeiro de 2018 Médico Examinador

Identificação do Médico Coordenador

Médico Coordenador / Médico do trabalho (a): CRM/BA :
TEL:3035-1035

1ª VIA EMPREGADOR - 2ª VIA EMPREGADO
RECEBI 2ª VIA EM____/____/____
CÓPIA DESTE ASO PODERÁ SER OBTIDA ATÉ 90 (NOVENTA) DIAS APÓS A EMISSÃO

Este documento foi assinado eletronicamente. As assinaturas realizadas estão listadas em sua última página.
Sua autenticidade pode ser verificada no Portal do TCE/BA através do QRCode ou endereço https://www.tce.ba.gov.br/autenticacaocopia, digitando o código de autenticação: GWOTQXNTQ5

TERMO DE HOMOLOGAÇÃO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

EMPREGADOR

01 CNPJ / CEI	02 Razão Social / Nome
04.293.000/0001-88	MAP SISTEMAS DE SERVIÇOS LTDA

TRABALHADOR

10 PIS/PASEP	11 Nome
12889613315	MERCIA DE SOUZA ABREU BONFIM

17 CTPS (Nº, Série, UF)	18 CPF	19 Data de Nascimento	20 Nome da Mãe
2425460 / 0020 / BA	81140169572	18/04/1980	MAURA NASCIMENTO ABREU

CONTRATO

22 Causa do afastamento
Despedida sem justa causa, pelo empregador

24 Data de Admissão	25 Data do Aviso Prévio	26 Data de Afastamento	27 Cód. Afast.	29 Pensão Alimentícia (%) FGTS
06/10/2015	09/09/2017	14/10/2017	SJ2	0,00

30 Categoria do Trabalhador
01. Empregado

31 Código Sindical	32 CNPJ e Nome da Entidade Sindical Laboral
000.000.000.90416-3	32.700.148/0001-25 SINDILIMP SSA

Foi prestada, gratuitamente, assistência na rescisão do contrato de trabalho, nos termos do artigo nº477, §1º, da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), sendo comprovado neste ato o efetivo pagamento das verbas rescisórias especificadas no corpo do TRCT, no valor líquido de R$ 1.568,34 , o qual, devidamente rubricado pelas partes, é parte integrante do presente Termo de Homologação.
As partes assistidas no presente ato de rescisão contratual foram identificadas como legítimas conforme previsto na Instrução Normativa/SRT nº 15/2010.

Fica ressalvado o direito de o trabalhador pleitear judicialmente os direitos informados no campo 155, abaixo.

_____ de _____ de _____.

GRUPO MAP
Clayton Ferreira

150 Assinatura do Empregador ou Preposto

Mercia de Souza Abreu Bonfim

151 Assinatura do Trabalhador

152 Assinatura do Responsável Legal do Trabalhador

153 Carimbo e Assinatura do Assistente

154 Nome do Órgão Homologador

155 Ressalvas

falta dessídio cct 2017

18/10/2017

156 Informações à CAIXA:

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA
Pode o trabalhador iniciar ação judicial quanto aos créditos resultantes das relações de trabalho até o limite de dois anos após a extinção do contrato de trabalho (Inc. XXIX, Art. 7º da Constituição Federal/1988).

Este documento foi assinado eletronicamente. As assinaturas realizadas estão listadas em sua última página.
Sua autenticidade pode ser verificada no Portal do TCE/BA através do QRCode ou endereço https://www.tce.ba.gov.br/autenticacaocopia, digitando o código de autenticação: GWOTQXNTQ5

ESSENCIAL VIDA

Secretaria da Segurança Pública
Fls. 28
Protocolo

Atestado de Saúde Ocupacional

EM CUMPRIMENTO AO DISPOSTO NOS SUB-ITENS 7.4.4.3, DA NR 07 PORTARIA ,Nº3214/78,DO MTB DE 13.05.1996,PARA FINS DE :

Identificação

Empresa: PRIME SERVICOS E EMPREEND EIRELI EPP		CNPJ: 12668873000156
Funcionário (Nome): **ANA CRISTINA DE FREITAS SANTOS**		RG: 0481137351
IDADE: 46 anos 5 meses	Data de Nascimento: 24/07/1971	Tipo de Atendimento: PERIODICO
Função: SERVENTE	Setor: OPERACIONAL	

Riscos de Exposição

( ) FÍSICO:
( ) QUÍMICO:
( ) BIOLÓGICO
(X)ERGONÔMICO:POSTURA INADEQUADA
( ) ACIDENTE
( ) SEM RISCOS OCUPACIONAIS ESPECIFICOS.

Exames Complementares

Em observação ao subitem 7.4.1 da norma regulamentadora nº 7, atestamos que o (a) candidato (a) / empregado (a) acima identificado, submeteu-se aos procedimentos médicos abaixo discriminados:

EXAME CLINICO OCUPACIONAL	12/01/2018		

Sobre o (a) mesmo (a) emitimos o seguinte parecer	Observações:
APTO PARA FUNÇÃO (X) INAPTO PARA FUNÇÃO ( ) **APTO À TRABALHAR EM ALTURA ( )**	

Declaro que estou ciente do resultado dos exames acima e que recebi copia deste Atestado de Saude Ocupacinal Assinatura do (a) Empregado (a)	Salvador, 12 de Janeiro de 2018 Médico Examinador

Identificação do Médico Coordenador

Médico Coordenador / Médico do trabalho (a): CRM/BA :
TEL 3035-1035

1ª VIA EMPREGADOR - 2ª VIA EMPREGADO RECEBI 2ª VIA EM____/____/____
CÓPIA DESTE ASO PODERÁ SER OBTIDA ATÉ 90 (NOVENTA) DIAS APÓS A EMISSÃO

Este documento foi assinado eletronicamente. As assinaturas realizadas estão listadas em sua última página.
Sua autenticidade pode ser verificada no Portal do TCE/BA através do QRCode ou endereço https://www.tce.ba.gov.br/autenticacaocopia, digitando o código de autenticação: GWOTQXNTQ5

COMPROVANTE PAGAMENTO

Empresa: MAP SISTEMAS
CNPJ: 04.293.000/0001-88
Banco: CAIXA
Conta Débito: 104 / 1522-9 / 3029-0

CAIXA

Favorecido: MERCIA DE SOUZA ABREU BONFIM (811.401.695-72)
Conta Crédito: CAIXA / 1522-9 / 13237-3
Valor: R$ 1.568,34 **Status:** EFETIVADO
Creditado em: 13/10/2017 **Efetivado em:** 13/10/2017

Autenticação: 0E20713BCC416104E77000000

Este documento foi assinado eletronicamente. As assinaturas realizadas estão listadas em sua última página.
Sua autenticidade pode ser verificada no Portal do TCE/BA através do QRCode ou endereço https://www.tce.ba.gov.br/autenticacaocopia, digitando o código de autenticação: GWOTQXNTQ5

ESSENCIAL VIDA

Secretaria da Segurança Pública
Fls. 29
Protocolo

Atestado de Saúde Ocupacional

EM CUMPRIMENTO AO DISPOSTO NOS SUB-ITENS 7.4.4.3, DA NR 07 PORTARIA ,Nº3214/78,DO MTB DE 13.05.1996,PARA FINS DE :

Identificação

Empresa: PRIME SERVICOS E EMPREEND EIRELI EPP		CNPJ: 12668873000156
Funcionário (Nome): **PAULO CESAR RODRIGUES CUNHA**		RG: 0517699133
IDADE: 44 anos 9 meses	Data de Nascimento: 24/03/1973	Tipo de Atendimento: PERIODICO
Função: SERVENTE	Setor: OPERACIONAL	

Riscos de Exposição

( ) FÍSICO:
( ) QUÍMICO:
( ) BIOLÓGICO:
(X)ERGONÔMICO:POSTURA INADEQUADA
( ) ACIDENTE:
( ) SEM RISCOS OCUPACIONAIS ESPECIFICOS.

Exames Complementares

Em observação ao subitem 7.4.1 da norma regulamentadora nº 7, atestamos que o (a) candidato (a) / empregado (a) acima identificado, submeteu-se aos procedimentos médicos abaixo discriminados:

EXAME CLINICO OCUPACIONAL	12/01/2018		

Sobre o (a) mesmo (a) emitimos o seguinte parecer **APTO PARA FUNÇÃO (X) INAPTO PARA FUNÇÃO ( )** **APTO À TRABALHAR EM ALTURA ( )**	Observações:

Declaro que estou ciente do resultado dos exames acima e que recebi copia deste Atestado de Saude Ocupacinal Assinatura do (a) Empregado (a)	Salvador, 12 de Janeiro de 2018 Médico Examinador

Identificação do Médico Coordenador

Médico Coordenador / Médico do trabalho (a): CRM/BA :
TEL:3035-1035

1ª VIA EMPREGADOR - 2ª VIA EMPREGADO
CÓPIA DESTE ASO PODERÁ SER OBTIDA ATÉ 90 (NOVENTA) DIAS APÓS A EMISSÃO

RECEBI 2ª VIA EM____/____/____

Este documento foi assinado eletronicamente. As assinaturas realizadas estão listadas em sua última página.
Sua autenticidade pode ser verificada no Portal do TCE/BA através do QRCode ou endereço https://www.tce.ba.gov.br/autenticacaocopia, digitando o código de autenticação: GWOTQXNTQ5

FGTS
FUNDO DE GARANTIA DO TEMPO DE SERVIÇO

DATA: 17/10/2017
HORA: 13:04:27
PAG: 001/001

Versão do Aplicativo: 3.3.10 - 18/07/2017

RELATÓRIO DE MOVIMENTAÇÕES ACATADAS

RESPONSÁVEL: 04.293.000/0001-88 - MAP SISTEMAS DE SERVICOS LTDA

CNPJ/CEI: 04.293.000/0001-88
RAZAO SOCIAL EMPRESA: MAP SISTEMAS DE SERVICOS LTDA
CÓD ESTAB: 9940001992690
IDENTIFICADOR GRRF: 28372701642930002

A COMUNICACAO DE MOVIMENTACAO DO TRABALHADOR REALIZADA POR MEIO DE TRANSMISSAO DA GRRF RESULTARA EM PAGAMENTO AUTOMATICO DA(S) CONTA(S) DO FGTS PARA O(S) TRABALHADOR(ES) DESSA EMPRESA, EXCETO, PARA AQUELES COM IDENTIFICACAO DE PENSAO ALIMENTICIA. OS DADOS INFORMADOS SAO DE SUA INTEIRA RESPONSABILIDADE.

NOME DO TRABALHADOR: MERCIA DE SOUZA ABREU BONFIM
COD. CATEGORIA: 01
CÓD. TRABALHADOR: 1170717
PIS /PASEP/NIT: 128.89613.31-5
DATA ADMISSÃO: 06/10/2015
COD. SAQUE: 01
DATA/COD.MOVIM: 14/10/2017 - I1
CHAVE IDENTIFICAÇÃO: CX-12889613315-74375031-00
DATA PREV. PAGTO: 19/10/2017
BASE DOMICILIO : BA

TRABALHADOR(A), PROMOVER O SAQUE DO FGTS, EM QUALQUER AGENCIA DA CAIXA, A PARTIR DA DATA PREVISTA PARA PAGAMENTO ACIMA INFORMADA

Este documento foi assinado eletronicamente. As assinaturas realizadas estão listadas em sua última página.
Sua autenticidade pode ser verificada no Portal do TCE/BA através do QRCode ou endereço https://www.tce.ba.gov.br/autenticacaocopia, digitando o código de autenticação: GWOTQXNTQ5

CLÍNICA ESSENCIAL VIDA

Secretaria da Segurança Pública
Fls. 30
Protocolo

Atestado de Saúde Ocupacional

EM CUMPRIMENTO AO DISPOSTO NOS SUB-ITENS 7.4.4.3, DA NR 07 PORTARIA ,Nº3214/78,DO MTB DE 13.05.1996,PARA FINS DE :

Identificação

Empresa: PRIME SERVICOS E EMPREEND EIRELI EPP		CNPJ: 12668873000156
Funcionário (Nome): **CARLUCIO DA SILVA ALMEIDA**		RG: 1010026887
IDADE: 33 anos 5 meses	Data de Nascimento: 26/07/1984	Tipo de Atendimento: PERIODICO
Função: SERVENTE	Setor: OPERACIONAL	

Riscos de Exposição

( ) FÍSICO:
( ) QUÍMICO:
( ) BIOLÓGICO:
(X)ERGONÔMICO:POSTURA INADEQUADA
( ) ACIDENTE:
( ) SEM RISCOS OCUPACIONAIS ESPECIFICOS.

Exames Complementares

Em observação ao subitem 7.4.1 da norma regulamentadora nº 7, atestamos que o (a) candidato (a) / empregado (a) acima identificado, submeteu-se aos procedimentos médicos abaixo discriminados:

EXAME CLINICO OCUPACIONAL	12/01/2018		

Sobre o (a) mesmo (a) emitimos o seguinte parecer **APTO PARA FUNÇÃO (X) INAPTO PARA FUNÇÃO ( )** **APTO À TRABALHAR EM ALTURA ( )**	Observações:

Declaro que estou ciente do resultado dos exames acima e que recebi copia deste Atestado de Saude Ocupacinal Carlucio da S. Pio Almeida Assinatura do (a) Empregado (a)	Salvador, 12 de Janeiro de 2018 Médico Examinador

Identificação do Médico Coordenador

Médico Coordenador / Médico do trabalho (a): CRM/BA :
TEL:3035-1035

1ª VIA EMPREGADOR - 2ª VIA EMPREGADO
CÓPIA DESTE ASO PODERÁ SER OBTIDA ATÉ 90 (NOVENTA) DIAS APÓS A EMISSÃO

RECEBI 2ª VIA EM____/____/____

Matriz:Ladeira da Independência,nº 04-Nazaré - Cep:40.040-340 - Salvador-Ba - Tel:(71) 3035-0935/3035-1035

Este documento foi assinado eletronicamente. As assinaturas realizadas estão listadas em sua última página.
Sua autenticidade pode ser verificada no Portal do TCE/BA através do QRCode ou endereço https://www.tce.ba.gov.br/autenticacaocopia, digitando o código de autenticação: GWOTQXNTQ5

Ref.1997111-48

CAIXA

:: Extrato de Conta do Fundo de Garantia - FGTS

Data / Hora Consulta: 17/10/2017 12:04:59 017579

Nome:	**MERCIA SOUZA ABREU BONFIM**		
PIS/PASEP/NIT:	**128.89613.31-5**		
Empresa:	MAP SISTEMA DE SERVICOS LTDA		
CNPJ/CEI/CPF:	04.293.000/0001-88		
Cód. Estab.:	09940001992690	Categoria:	01
Nº Conta FGTS:	0000117[illegible]717	Data Admissão:	06/10/2015
Data/Cód. Movimentação:	14/10/2017 - I1	Data Opção:	06/10/2015
Taxa Juros:	3 %	Tipo Conta:	OPTANTE
Valor Base para Fins Rescisórios:	R$ 2.326,24	Base:	BA
SALDO:	**R$ 3.244,94**	Atualizado em:	17/10/2017

Histórico dos Lançamentos

Data	Descrição dos Lançamentos	Valor R$	Total R$
	SALDO ANTERIOR		1.581,41
10/04/2017	CREDITO DE JAM	6,30	1.587,71
07/04/2017	DEPOSITO MARCO/2017	92,77	1.680,48
05/05/2017	DEPOSITO ABRIL/2017	84,94	1.765,42
10/05/2017	CREDITO DE JAM	4,14	1.769,56
10/06/2017	CREDITO DE JAM	5,71	1.775,27
07/06/2017	DEPOSITO MAIO/2017	84,94	1.860,21
10/07/2017	CREDITO DE JAM	5,58	1.865,79
07/07/2017	DEPOSITO JUNHO/2017	84,94	1.950,73
10/08/2017	CREDITO DE JAM	6,02	1.956,75
10/08/2017	CRED DIST RESULTADO ANO BASE 12/2016	24,17	1.980,92
07/08/2017	DEPOSITO JULHO/2017	84,94	2.065,86
10/09/2017	CREDITO DE JAM	6,14	2.072,00
06/09/2017	DEPOSITO AGOSTO/2017	84,94	2.156,94
10/10/2017	CREDITO DE JUROS/ATUALIZACAO MONETARIA 0,002466	5,31	2.162,25
06/10/2017	DEPOSITO SETEMBRO/2017	84,94	2.247,19
13/10/2017	DEP MULTA RESCISORIA 10/2017 SBPC 10/11/2017	894,41	3.141,60
13/10/2017	DEP RESCISORIO 10/2017 SBPC 10/11/2017	103,34	3.244,94

IMPRIMIR

Este documento foi assinado eletronicamente. As assinaturas realizadas estão listadas em sua última página.
Sua autenticidade pode ser verificada no Portal do TCE/BA através do QRCode ou endereço https://www.tce.ba.gov.br/autenticacaocopia, digitando o código de autenticação: GWOTQXNTQ5

CLÍNICA ESSENCIAL VIDA

Secretaria da Segurança Pública
Fls. 31
Protocolo

Atestado de Saúde Ocupacional

EM CUMPRIMENTO AO DISPOSTO NOS SUB-ITENS 7.4.4.3, DA NR 07 PORTARIA ,N°3214/78,DO MTB DE 13.05.1996,PARA FINS DE :

Identificação

Empresa: PRIME SERVICOS E EMPREEND EIRELI EPP		CNPJ: 12668873000156
Funcionário (Nome): **EVANILDES SANTANA DA SILVA**		RG: 0833773798
IDADE: 36 anos 5 meses	Data de Nascimento: 22/07/1981	Tipo de Atendimento: PERIODICO
Função: SERVENTE	Setor: OPERACIONAL	

Riscos de Exposição

( ) FISICO:
( ) QUÍMICO:
( ) BIOLOGICO:
(X)ERGONÔMICO:POSTURA INADEQUADA
( ) ACIDENTE:
( ) SEM RISCOS OCUPACIONAIS ESPECIFICOS.

Exames Complementares

Em observação ao subitem 7.4.1 da norma regulamentadora nº 7, atestamos que o (a) candidato (a) / empregado (a) acima identificado, submeteu-se aos procedimentos médicos abaixo discriminados:

EXAME CLINICO OCUPACIONAL	11/01/2018		

Sobre o (a) mesmo (a) emitimos o seguinte parecer **APTO PARA FUNÇÃO (X) INAPTO PARA FUNÇÃO ( )** **APTO À TRABALHAR EM ALTURA ( )**	Observações:

Declaro que estou ciente do resultado dos exames acima e que recebi copia deste Atestado de Saude Ocupacinal Evanildes Santana da Silva Assinatura do (a) Empregado (a)	Salvador, 11 de Janeiro de 2018 Médico Examinador

Identificação do Médico Coordenador

Médico Coordenador / Médico do trabalho (a): CRM/BA :
TEL:3035-1035

1ª VIA EMPREGADOR - 2ª VIA EMPREGADO
CÓPIA DESTE ASO PODERÁ SER OBTIDA ATÉ 90 (NOVENTA) DIAS APÓS A EMISSÃO

RECEBI 2ª VIA EM____/____/____

Matriz:Ladeira da Independência,nº 04-Nazaré - Cep:40.040-340 - Salvador-Ba - Tel:(71) 3035-0935/3035-1035

Este documento foi assinado eletronicamente. As assinaturas realizadas estão listadas em sua última página.
Sua autenticidade pode ser verificada no Portal do TCE/BA através do QRCode ou endereço https://www.tce.ba.gov.br/autenticacaocopia, digitando o código de autenticação: GWOTQXNTQ5

FGTS
FUNDO DE GARANTIA DO TEMPO DE SERVIÇO

Demonstrativo do Trabalhador de Recolhimento FGTS Rescisório

Identificador: 28372701642930002

Versão do Aplicativo: 3.3.10 - 18/07/2017

Dados do Empregador

Razão Social: MAP SISTEMAS DE SERVICOS LTDA

CNPJ/CEI: 04.293.000/0001-88

Endereço

Logradouro: RUA BOCA DA MATA SN LOTES 3335

Bairro: PORTAO

Cidade: LAURO DE FREITAS

UF: BA

CEP: 42.700-000

FPAS: 515

Simples: 1

CNAE: 8121400

CNPJ/CEI Tomador de serviço: 13.937.149/0001-43

Dados do Trabalhador

Nome: MERCIA DE SOUZA ABREU BONFIM

PIS/PASEP: 12889613315

Admissão: 06/10/2015

Categoria: 01

Data Nascimento: 18/04/1980

Data Opcão: 06/10/2015

CTPS: 2425460/00020

Movimentação: 14/10/2017 - I1

Aviso Prévio: 1

Dissídio/Acordo:

Informações Financeiras

	Mês Anterior a Rescisão	Mês Rescisão	Aviso Prévio Indenizado	Multa Rescisória
Remuneração/Saldo	0,00	1.291,87	0,00	2.236,04
Depósito	0,00	103,34	0,00	894,41
JAM	0,00	0,00	0,00	0,00
Encargos	0,00	0,00	0,00	0,00
Contrib.Social	0,00	0,00	0,00	223,61

Valor Trabalhador: 997,75

Valor Devido pela Empresa: 1.221,36

Cabe ao trabalhador os valores de Depósito e JAM

Este documento foi assinado eletronicamente. As assinaturas realizadas estão listadas em sua última página.
Sua autenticidade pode ser verificada no Portal do TCE/BA através do QRCode ou endereço https://www.tce.ba.gov.br/autenticacaocopia, digitando o código de autenticação: GWOTQXNTQ5

CLÍNICA ESSENCIAL VIDA

Secretaria da Segurança Pública
Fls. 32
Protocolo

Atestado de Saúde Ocupacional

EM CUMPRIMENTO AO DISPOSTO NOS SUB-ITENS 7.4.4.3, DA NR 07 PORTARIA ,Nº3214/78,DO MTB DE 13.05.1996,PARA FINS DE :

Identificação

Empresa: PRIME SERVICOS E EMPREEND EIRELI EPP		CNPJ: 12668873000156
Funcionário (Nome): **MARISOL DOS SANTOS BRANDAO**		RG: 0598354948
IDADE: 40 anos 8 meses	Data de Nascimento: 14/04/1977	Tipo de Atendimento: PERIODICO
Função: SERVENTE	Setor: OPERACIONAL	

Riscos de Exposição

( ) FÍSICO:
( ) QUÍMICO:
( ) BIOLÓGICO:
(X)ERGONÔMICO:POSTURA INADEQUADA
( ) ACIDENTE:
( ) SEM RISCOS OCUPACIONAIS ESPECIFICOS.

Exames Complementares

Em observação ao subitem 7.4.1 da norma regulamentadora nº 7, atestamos que o (a) candidato (a) / empregado (a) acima identificado, submeteu-se aos procedimentos médicos abaixo discriminados:

EXAME CLINICO OCUPACIONAL	11/01/2018		

Sobre o (a) mesmo (a) emitimos o seguinte parecer **APTO PARA FUNÇÃO (X) INAPTO PARA FUNÇÃO ( )** **APTO À TRABALHAR EM ALTURA ( )**	Observações:

Declaro que estou ciente do resultado dos exames acima e que recebi copia deste Atestado de Saude Ocupacinal Assinatura do (a) Empregado (a)	Salvador, 11 de Janeiro de 2018 Médico Examinador

Identificação do Médico Coordenador

Médico Coordenador / Médico do trabalho (a): CRM/BA :
TEL:3035-1035

1ª VIA EMPREGADOR - 2ª VIA EMPREGADO
CÓPIA DESTE ASO PODERÁ SER OBTIDA ATÉ 90 (NOVENTA) DIAS APÓS A EMISSÃO

RECEBI 2ª VIA EM____/____/____

Este documento foi assinado eletronicamente. As assinaturas realizadas estão listadas em sua última página.
Sua autenticidade pode ser verificada no Portal do TCE/BA através do QRCode ou endereço https://www.tce.ba.gov.br/autenticacaocopia, digitando o código de autenticação: GWOTQXNTQ5

FGTS
FUNDO DE GARANTIA DO TEMPO DE SERVIÇO

GRRF - Guia de Recolhimento Rescisório do FGTS

Gerada em 16/10/2017 11:41:53

Versão do Aplicativo: 3.3.10 - 18/07/2017

01 - Razão social/Nome	02 - CNPJ/CEI
MAP SISTEMAS DE SERVICOS LTDA	04.293.000/0001-88

03 - Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento)	04 - Contato/DDD/telefone	05 - CEP
RUA BOCA DA MATA SN LOTES 3335	71-34449000	42.700-000

06 - Bairro/distrito	07 - Município	08 - UF	09 - FPAS	10 - Simples	14 - Qtde Trabalhadores
PORTAO	LAURO DE FREITAS	BA	515	1	5

11- Identificador
28372701642930002

12- Total a Recolher
7.966,45

13- Data de Validade = 13/10/2017

Atenção: não receber após Validade

Código de Barras
858900000794 664502392015 710132837279 016429300022

Autenticação mecânica

Via Empresa

FGTS
FUNDO DE GARANTIA DO TEMPO DE SERVIÇO

GRRF - Guia de Recolhimento Rescisório do FGTS

Gerada em 16/10/2017 11:41:53

Versão do Aplicativo: 3.3.10 - 18/07/2017

01 - Razão social/Nome	02 - CNPJ/CEI
MAP SISTEMAS DE SERVICOS LTDA	04.293.000/0001-88

03 - Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento)	04 - Contato/DDD/telefone	05 - CEP
RUA BOCA DA MATA SN LOTES 3335	71-34449000	42.700-000

06 - Bairro/Distrito	07 - Município	08 - UF	09 - FPAS	10 - Simples	14 - Qtde Trabalhadores
PORTAO	LAURO DE FREITAS	BA	515	1	5

11- Identificador
28372701642930002

12- Total a Recolher
7.966,45

13- Data de Validade = 13/10/2017

Atenção: não receber após Validade

Código de Barras
858900000794 664502392015 710132837279 016429300022

Autenticação mecânica

Via Banco

Este documento foi assinado eletronicamente. As assinaturas realizadas estão listadas em sua última página.
Sua autenticidade pode ser verificada no Portal do TCE/BA através do QRCode ou endereço https://www.tce.ba.gov.br/autenticacaocopia, digitando o código de autenticação: GWOTQXNTQ5

Secretaria da Segurança Pública
Fls. 33
Protocolo

Atestado de Saúde Ocupacional

EM CUMPRIMENTO AO DISPOSTO NOS SUB-ITENS 7.4.4.3, DA NR 07 PORTARIA ,N°3214/78,DO MTB DE 13.05.1996,PARA FINS DE :

Identificação

Empresa: PRIME SERVICOS E EMPREEND EIRELI EPP		CNPJ: 12668873000156
Funcionário (Nome): **DENISON DE SOUSA BARBOSA**		RG: 1136576258
IDADE: 30 anos 6 meses	Data de Nascimento: 08/07/1987	Tipo de Atendimento: PERIODICO
Função: SERVENTE	Setor: OPERACIONAL	

Riscos de Exposição

( ) FÍSICO:
( ) QUÍMICO:
( ) BIOLÓGICO:
(X)ERGONÔMICO:POSTURA INADEQUADA
( ) ACIDENTE:
( ) SEM RISCOS OCUPACIONAIS ESPECIFICOS.

Exames Complementares

Em observação ao subitem 7.4.1 da norma regulamentadora nº 7, atestamos que o (a) candidato (a) / empregado (a) acima identificado, submeteu-se aos procedimentos médicos abaixo discriminados:

EXAME CLINICO OCUPACIONAL	11/01/2018		

Sobre o (a) mesmo (a) emitimos o seguinte parecer	Observações.
APTO PARA FUNÇÃO (X) INAPTO PARA FUNÇÃO ( ) APTO À TRABALHAR EM ALTURA ( )	

Declaro que estou ciente do resultado dos exames acima e que recebi cópia deste Atestado de Saude Ocupacinal Assinatura do (a) Empregado (a)	Salvador, 11 de Janeiro de 2018 Médico Examinador

Identificação do Médico Coordenador

Médico Coordenador / Médico do trabalho (a): CRM/BA :
TEL:3035-1035

1ª VIA EMPREGADOR - 2ª VIA EMPREGADO
CÓPIA DESTE ASO PODERÁ SER OBTIDA ATÉ 90 (NOVENTA) DIAS APÓS A EMISSÃO

RECEBI 2ª VIA EM ____/____/____

Este documento foi assinado eletronicamente. As assinaturas realizadas estão listadas em sua última página.
Sua autenticidade pode ser verificada no Portal do TCE/BA através do QRCode ou endereço https://www.tce.ba.gov.br/autenticacaocopia, digitando o código de autenticação: GWOTQXNTQ5

Itaú 30 horas

Banco Itaú - Comprovante de Pagamento
GRRF - Guia de Recolhimento Rescisório do FGTS

Identificação no extrato: SISPAG TRIBUTOS

Dados da conta debitada:

Agência: **0935** Conta: **54348 - 8**

Nome: **MAP SISTEMAS DE SERVICOS LTDA**

Dados do pagamento:

Código de barras: **858900000794 664502392015 710132837279 016429300022**

Código Convênio: **0239**

Data de Validade: **13.10.2017**

Valor Recolhido: **R$ 7.966,45**

Informações fornecidas pelo pagador: **FGTS RESCISORIO**

Identificador: **2837270164293000**

Operação efetuada em 13/10/2017 às 06:02:28 via Sispag, CTRL 599569242000041.

Autenticação:

FB87DDFC3D3413CC5F66B56F1DF5D749DC73A44A

Dúvidas, sugestões e reclamações: na sua agência. Se preferir, ligue para o SAC Itaú: 0800 728 0728 (todos os dias, 24h) ou acesse o Fale Conosco no www.itau.com.br. Se não ficar satisfeito com a solução apresentada, ligue para a Ouvidoria Corporativa Itaú: 0800 570 0011 (em dias úteis, das 9h às 18h) ou Caixa Postal 67.600, CEP 03162-971. Deficientes auditivos ou de fala: 0800 722 1722 (todos os dias, 24h).

Este documento foi assinado eletronicamente. As assinaturas realizadas estão listadas em sua última página.
Sua autenticidade pode ser verificada no Portal do TCE/BA através do QRCode ou endereço https://www.tce.ba.gov.br/autenticacaocopia, digitando o código de autenticação: GWOTQXNTQ5

ESSENCIAL VIDA

Secretaria da Segurança Pública
Fls. 34
Protocolo

Atestado de Saúde Ocupacional

EM CUMPRIMENTO AO DISPOSTO NOS SUB-ITENS 7.4.4.3, DA NR 07 PORTARIA ,Nº3214/78,DO MTB DE 13.05.1996,PARA FINS DE :

Identificação

Empresa: PRIME SERVICOS E EMPREEND EIRELI EPP		CNPJ: 12668873000156
Funcionário (Nome): **CLAUDIO LUIS DOS SANTOS**		RG: 434138975
IDADE: 46 anos 9 meses	Data de Nascimento: 24/03/1971	Tipo de Atendimento: PERIODICO
Função: SERVENTE	Setor: OPERACIONAL	

Riscos de Exposição

( ) FÍSICO.
( ) QUÍMICO:
( ) BIOLÓGICO:
(X)ERGONÔMICO.POSTURA INADEQUADA
( ) ACIDENTE:
( ) SEM RISCOS OCUPACIONAIS ESPECIFICOS

Exames Complementares

Em observação ao subitem 7.4.1 da norma regulamentadora nº 7, atestamos que o (a) candidato (a) / empregado (a) acima identificado, submeteu-se aos procedimentos médicos abaixo discriminados:

EXAME CLINICO OCUPACIONAL	11/01/2018		

Sobre o (a) mesmo (a) emitimos o seguinte parecer APTO PARA FUNÇÃO (X) INAPTO PARA FUNÇÃO ( ) APTO À TRABALHAR EM ALTURA ( )	Observações.

Declaro que estou ciente do resultado dos exames acima e que recebi copia deste Atestado de Saude Ocupacinal Assinatura do (a) Empregado (a)	Salvador, 11 de Janeiro de 2018 Dra. Lopes Médica CRM - BA 28750 Médico Examinador

Identificação do Médico Coordenador

Médico Coordenador / Médico do trabalho (a): CRM/BA :
TEL:3035-1035

1ª VIA EMPREGADOR - 2ª VIA EMPREGADO RECEBI 2ª VIA EM____/____/____
CÓPIA DESTE ASO PODERÁ SER OBTIDA ATÉ 90 (NOVENTA) DIAS APÓS A EMISSÃO

Este documento foi assinado eletronicamente. As assinaturas realizadas estão listadas em sua última página.
Sua autenticidade pode ser verificada no Portal do TCE/BA através do QRCode ou endereço https://www.tce.ba.gov.br/autenticacaocopia, digitando o código de autenticação: GWOTQXNTQ5

774853/101

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO
Comunicação de Dispensa -

PIS/PASEP
128.89613.31-5

NOME
MERCIA DE SOUZA ABREU BONFIM

RECEBI DE (firma ou
2(DUAS) VIAS DO REQUERIMENTO FORMAL DO BENEFÍCIO DO SEGURO-DESEMPREGO.

POLEGAR DIREITO

Salvador 18/10/2017
LOCAL E DATA

Mércia de Souza Abreu Bonfim
ASSINATURA DO TRABALHADOR

Este documento foi assinado eletronicamente. As assinaturas realizadas estão listadas em sua última página.
Sua autenticidade pode ser verificada no Portal do TCE/BA através do QRCode ou endereço https://www.tce.ba.gov.br/autenticacaocopia, digitando o código de autenticação: GWOTQXNTQ5

CLÍNICA ESSENCIAL VIDA

Secretaria da Segurança Pública
Fls. 35
Protocolo

Atestado de Saúde Ocupacional

EM CUMPRIMENTO AO DISPOSTO NOS SUB-ITENS 7.4.4.3, DA NR 07 PORTARIA ,Nº3214/78,DO MTB DE 13.05.1996,PARA FINS DE :

Identificação

Empresa: PRIME SERVICOS E EMPREEND EIRELI EPP		CNPJ: 12668873000156
Funcionário (Nome): **FABIANA COSTA PINTO DOS SANTOS**		RG: 0517215039
IDADE: 40 anos 2 meses	Data de Nascimento: 20/10/1977	Tipo de Atendimento: PERIODICO
Função: SERVENTE	Setor: OPERACIONAL	

Riscos de Exposição

( ) FÍSICO:
( ) QUÍMICO:
( ) BIOLÓGICO:
(X)ERGONÔMICO:POSTURA INADEQUADA
( ) ACIDENTE.
( ) SEM RISCOS OCUPACIONAIS ESPECIFICOS.

Exames Complementares

Em observação ao subitem 7.4.1 da norma regulamentadora nº 7, atestamos que o (a) candidato (a) / empregado (a) acima identificado, submeteu-se aos procedimentos médicos abaixo discriminados.

EXAME CLINICO OCUPACIONAL	11/01/2018		

Sobre o (a) mesmo (a) emitimos o seguinte parecer **APTO PARA FUNÇÃO (X) INAPTO PARA FUNÇÃO ( )** **APTO À TRABALHAR EM ALTURA ( )**	Observações:

Declaro que estou ciente do resultado dos exames acima e que recebi copia deste Atestado de Saude Ocupacinal Fabiana Costa Pinto dos Santos Assinatura do (a) Empregado (a)	Salvador, 11 de Janeiro de 2018 Dra. [illegible] Lopes Médica CRM - BA 2375C Médico Examinador

Identificação do Médico Coordenador

Médico Coordenador / Médico do trabalho (a): CRM/BA :
TEL:3035-1035

1ª VIA EMPREGADOR - 2ª VIA EMPREGADO
CÓPIA DESTE ASO PODERÁ SER OBTIDA ATÉ 90 (NOVENTA) DIAS APÓS A EMISSÃO

RECEBI 2ª VIA EM____/____/____

Este documento foi assinado eletronicamente. As assinaturas realizadas estão listadas em sua última página.
Sua autenticidade pode ser verificada no Portal do TCE/BA através do QRCode ou endereço https://www.tce.ba.gov.br/autenticacaocopia, digitando o código de autenticação: GWOTQXNTQ5

Semol
Medicina do Trabalho
Qualidade para a vida

ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL

Obedecendo o que dispõe a nova redação da NR - 7 conforme Portaria n - 08/96 de 13/05/96 do MINISTÉRIO DO TRABALHO

Identificação

Tipo de Exame DEMISSIONAL	Registro 349118
Empresa Trabalha MAP SISTEMA DE SERVIÇOS LTDA	CNPJ 04293000000188
Nome do Empregado MERCIA DE SOUZA ABREU BONFIM	
RG 0759184801 SSP BA	Data de Nascimento 18/04/1980
Função RECEPCIONISTA II	Área SECRETARIA DE SEGURANCA PUBLICA

Exames Complementares

Em observação ao subitem 7.4.1 da norma regulamentadora n°7, atestamos que o (a) condidato (a) /empregado (a) acima identificado, submeteu-se aos procedimentos médicos abaixo discriminados:

EXAME	DATA	EXAME	DATA
AVALIAÇÃO CLINICA	09/10/2017		

Riscos Ocupacionais

Sobre o(a) mesmo(a) emitimos o seguinte parecer: [X] APTO PARA A FUNÇÃO [ ] INAPTO PARA FUNÇÃO	Deficiências: Observação:

Identificação do Médico Coordenador

Nome do médico Coordenador: DARLAN KLEBER SOUZA MENEZES	CRM 15202
Local e Data: Salvador, 9 de Outubro de 2017	
Declaro que estou ciente do resultado dos Exames acima e que recebi cópia desde Atestado de Saude Ocupacional. Mercia de Souza Abreu Bonfim	Assinatura do Médico Examinador Drª Ana Caroline Lamas Médica do Trabalho CREMEB 2618-5

Este documento foi assinado eletronicamente. As assinaturas realizadas estão listadas em sua última página.
Sua autenticidade pode ser verificada no Portal do TCE/BA através do QRCode ou endereço https://www.tce.ba.gov.br/autenticacaocopia, digitando o código de autenticação: GWOTQXNTQ5

CLÍNICA ESSENCIAL VIDA

Secretaria da Segurança Pública Fls. 47 Protocolo

Atestado de Saúde Ocupacional

EM CUMPRIMENTO AO DISPOSTO NOS SUB-ITENS 7.4.4.3, DA NR 07 PORTARIA ,Nº3214/78,DO MTB DE 13.06.1996,PARA FINS DE :

Identificação

Empresa: PRIME SERVICOS E EMPREEND EIRELI EPP			CNPJ: 12668873000156
Funcionário (Nome): **RAIMUNDA DOS SANTOS**			RG: 0271432950
IDADE: 59 anos 7 meses	Data de Nascimento: 07/06/1958		Tipo de Atendimento: PERIODICO
Função: SERVENTE		Setor: OPERACIONAL	

Riscos de Exposição

( ) FÍSICO:
( ) QUÍMICO.
( ) BIOLÓGICO:
(X)ERGONÔMICO:POSTURA INADEQUADA
( ) ACIDENTE:
( ) SEM RISCOS OCUPACIONAIS ESPECIFICOS.

Exames Complementares

Em observação ao subitem 7.4.1 da norma regulamentadora nº 7, atestamos que o (a) candidato (a) / empregado (a) acima identificado, submeteu-se aos procedimentos médicos abaixo discriminados:

EXAME CLINICO OCUPACIONAL	12/01/2018		

Sobre o (a) mesmo (a) emitimos o seguinte parecer **APTO PARA FUNÇÃO (X) INAPTO PARA FUNÇÃO ( )** **APTO À TRABALHAR EM ALTURA ( )**	Observações:

Declaro que estou ciente do resultado dos exames acima e que recebi copia deste Atestado de Saude Ocupacinal Assinatura do (a) Empregado (a)	Salvador, 12 de Janeiro de 2018 Médico Examinador

Identificação do Médico Coordenador

Médico Coordenador / Médico do trabalho (a): CRM/BA :
TEL:3035-1035

1ª VIA EMPREGADOR - 2ª VIA EMPREGADO RECEBI 2ª VIA EM____/____/_____
CÓPIA DESTE ASO PODERÁ SER OBTIDA ATÉ 90 (NOVENTA) DIAS APÓS A EMISSÃO

Este documento foi assinado eletronicamente. As assinaturas realizadas estão listadas em sua última página.
Sua autenticidade pode ser verificada no Portal do TCE/BA através do QRCode ou endereço https://www.tce.ba.gov.br/autenticacaocopia, digitando o código de autenticação: GWOTQXNTQ5

Ref.1997111-60

GRUPO MAP

RQ.MAP.006		REVISÃO: 02
		PÁGINA: 1/1

TÍTULO: COMUNICADO DE DESLIGAMENTO / AVISO-PRÉVIO

Motivo (com ou sem justa causa): **DISPENSA SEM JUSTA CAUSA**

AVISO PREVIO: **(X) Trabalhado**

Comunicamos ao Sr.(a) **IGO VILAS BOAS SANTOS** matricula **00014899**

data de admissão em **06/10/2015** rtador da Carteira de Trabalho nº **01165** série **00057**

que a partir de **09/09/2017** , seus serviços não serão mais necessários nesta Empresa.

No periodo correspondente ao cumprimento do aviso prévio, conforme CLT Art. 488, a sua jornada de trabalho será prestada da seguinte forma:

( ) duas horas diárias reduzidas da sua jornada de trabalho;

(X) o seu trabalho será dispensado nos últimos sete dias corridos do período correspondente ao seu aviso prévio.

Nota 1:O seu ultimo dia trabalhado será **07/10/2017** Após desta data o colaborador deverá entregar o fardamento no dia **09/10/2017**

Caso não seja entregue até esta data, será efetuado o desconto do fardamento na rescisão contratual

Favor apresentar-se na **CLINICA SEMOL** até dia **09/10/2017**

para realizar **EXAME DEMISSIONAL.**

Comparecer no(a) **SINDLIMP - SSA** no dia **18/10/2017** **às 14:00 Hrs,**

munido de **CTPS e ASO DEMISSIONAL** para receber as guias da rescisão contratual.

Lauro de Freitas, 08 DE SETEMBRO DE 2017

MAP SISTEMAS DE SERVIÇOS LTDA

Assinatura do Empregador

DE ACORDO: Igo Vilas Boas Santos

IGO VILAS BOAS SANTOS

TESTEMUNHAS: Assinatura: _____ RG _____

Nome Completo: _____

TESTEMUNHAS: Assinatura: _____ RG _____

Nome Completo: _____

MISSÃO:

Compreender e respeitar a cultura das Organizações Clientes e a individualidade das pessoas para desenvolver serviços personalizados, focados na melhoria da qualidade e da produtividade.

Este documento foi assinado eletronicamente. As assinaturas realizadas estão listadas em sua última página.
Sua autenticidade pode ser verificada no Portal do TCE/BA através do QRCode ou endereço https://www.tce.ba.gov.br/autenticacaocopia, digitando o código de autenticação: GWOTQXNTQ5

CLÍNICA ESSENCIAL VIDA

Secretaria da Segurança Pública
Fls. 48
Protocolo

Atestado de Saúde Ocupacional

EM CUMPRIMENTO AO DISPOSTO NOS SUB-ITENS 7.4.4.3, DA NR 07 PORTARIA ,Nº3214/78,DO MTB DE 13.05.1996,PARA FINS DE :

Identificação

Empresa: PRIME SERVICOS E EMPREEND EIRELI EPP		CNPJ: 12668873000156
Funcionário (Nome): **ROSEMEIRE DA MATA DE OLIVEIRA**		RG: 0301904367
IDADE: 48 anos 11 meses	Data de Nascimento: 05/02/1969	Tipo de Atendimento: PERIODICO
Função: SERVENTE	Setor:	

Riscos de Exposição

( ) FÍSICO:
( ) QUÍMICO:
( ) BIOLÓGICO:
(X)ERGONÔMICO:POSTURA INADEQUADA
( ) ACIDENTE:
( ) SEM RISCOS OCUPACIONAIS ESPECIFICOS.

Exames Complementares

Em observação ao subitem 7.4.1 da norma regulamentadora nº 7, atestamos que o (a) candidato (a) / empregado (a) acima identificado, submeteu-se aos procedimentos médicos abaixo discriminados:

EXAME CLINICO OCUPACIONAL	10/01/2018		

Sobre o (a) mesmo (a) emitimos o seguinte parecer **APTO PARA FUNÇÃO (X) INAPTO PARA FUNÇÃO ( )** **APTO À TRABALHAR EM ALTURA ( )**	Observações:

Declaro que estou ciente do resultado dos exames acima e que recebi copia deste Atestado de Saude Ocupacinal Rosemeire da Mata de Oliveira Assinatura do (a) Empregado (a)	Salvador, 10 de Janeiro de 2018 Médico Examinador

Identificação do Médico Coordenador

Médico Coordenador / Médico do trabalho (a): CRM/BA :
TEL:3035-1035

1ª VIA EMPREGADOR - 2ª VIA EMPREGADO RECEBI 2ª VIA EM____/____/____
CÓPIA DESTE ASO PODERÁ SER OBTIDA ATÉ 90 (NOVENTA) DIAS APÓS A EMISSÃO

Este documento foi assinado eletronicamente. As assinaturas realizadas estão listadas em sua última página.
Sua autenticidade pode ser verificada no Portal do TCE/BA através do QRCode ou endereço https://www.tce.ba.gov.br/autenticacaocopia, digitando o código de autenticação: GWOTQXNTQ5

Semol
Medicina do Trabalho
Qualidade para a vida

ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL

edecendo o que dispõe a nova redação da NR - 7 conforme Portaria n - 96 de 13/05/96 do MINISTÉRIO DO TRABALHO

Identificação	
Tipo de Exame DEMISSIONAL	Registro 279180
Empresa Trabalha MAP SISTEMA DE SERVIÇOS LTDA	CNPJ 04293000000188
Nome do Empregado IGO VILAS BOAS SANTOS	
RG 0702983195 SSP BA	Data de Nascimento 07/04/1980
Função RECEPCIONISTA II	Área SECRETARIA DE SEGURANCA PUBLICA

Exames Complementares

Em observação ao subitem 7.4.1 da norma regulamentadora n° 7, atestamos que o (a) condidato (a) /empregado (a) acima identificado, submeteu-se aos procedimentos médicos abaixo discriminados:

EXAME	DATA	EXAME	DATA
AVALIAÇÃO CLINICA	09/10/2017		

Riscos Ocupacionais

Ausência de Riscos Ocupacionais

Sobre o(a) mesmo(a) emitimos o seguinte parecer	Deficiências:
X APTO PARA A FUNÇÃO INAPTO PARA FUNÇÃO	Observação:

Identificação do Médico Coordenador

Nome do médico Coordenador: DARLAN KLEBER SOUZA MENEZES	CRM 15202
Local e Data: Salvador, 9 de Outubro de 2017	
Declaro que estou ciente do resultado dos Exames acima e que recebi cópia desde Atestado de Saude Ocupacional.	Assinatura do Médico Examinador Dr. Ana Caroline Lamas Médica do Trabalho CREMEB 35145

Rua Abelardo Andrade de Carvalho, nº 02 - Boca do Rio Salvador-Bahia
TEL: (71) 3230-6611 Fax: (71) 3017-2455 CEP: 41.706-710
E-mail: comercial@semol.com.br - SITE: www.semol.com.br

Este documento foi assinado eletronicamente. As assinaturas realizadas estão listadas em sua última página.
Sua autenticidade pode ser verificada no Portal do TCE/BA através do QRCode ou endereço https://www.tce.ba.gov.br/autenticacaocopia, digitando o código de autenticação: GWOTQXNTQ5

CLÍNICA ESSENCIAL VIDA

Secretaria da Segurança Pública
Fls. 46
Protocolo

Atestado de Saúde Ocupacional

EM CUMPRIMENTO AO DISPOSTO NOS SUB-ITENS 7.4.4.3, DA NR 07 PORTARIA ,Nº3214/78,DO MTB DE 13.05.1996,PARA FINS DE :

Identificação

Empresa: PRIME SERVICOS E EMPREEND EIRELI EPP		CNPJ: 12668873000156
Funcionário (Nome): **MARIA JOSE DA SILVA**		RG: 0863441378
IDADE: 48 anos 4 meses	Data de Nascimento: 13/08/1969	Tipo de Atendimento: PERIODICO
Função: SERVENTE	Setor: OPERACIONAL	

Riscos de Exposição

( ) FÍSICO:
( ) QUÍMICO:
( ) BIOLÓGICO:
(X)ERGONÔMICO:POSTURA INADEQUADA
( ) ACIDENTE:
( ) SEM RISCOS OCUPACIONAIS ESPECIFICOS.

Exames Complementares

Em observação ao subitem 7.4.1 da norma regulamentadora nº 7, atestamos que o (a) candidato (a) / empregado (a) acima identificado, submeteu-se aos procedimentos médicos abaixo discriminados:

EXAME CLINICO OCUPACIONAL	10/01/2018		

Sobre o (a) mesmo (a) emitimos o seguinte parecer **APTO PARA FUNÇÃO (X) INAPTO PARA FUNÇÃO ( )** **APTO À TRABALHAR EM ALTURA ( )**	Observações:

Declaro que estou ciente do resultado dos exames acima e que recebi copia deste Atestado de Saude Ocupacinal Maria José da Silva Assinatura do (a) Empregado (a)	Salvador, 10 de Janeiro de 2018 Dr. Karla Camila Ribeiro Médico CRM/BA 31588 Médico Examinador

Identificação do Médico Coordenador

Médico Coordenador / Médico do trabalho (a): CRM/BA :
TEL:3035-1035

1ª VIA EMPREGADOR - 2ª VIA EMPREGADO
CÓPIA DESTE ASO PODERÁ SER OBTIDA ATÉ 90 (NOVENTA) DIAS APÓS A EMISSÃO

RECEBI 2ª VIA EM____/____/____

Este documento foi assinado eletronicamente. As assinaturas realizadas estão listadas em sua última página.
Sua autenticidade pode ser verificada no Portal do TCE/BA através do QRCode ou endereço https://www.tce.ba.gov.br/autenticacaocopia, digitando o código de autenticação: GWOTQXNTQ5

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO
Comunicação de Dispensa -

7748514642

PIS/PASEP
128.43732.04-4

NOME
IGO VILAS BOAS SANTOS

RECEBI DE (firma ou,
2(DUAS) VIAS DO REQUERIMENTO FORMAL DO BENEFÍCIO DO SEGURO-DESEMPREGO.

POLEGAR DIREITO

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO TRABALHADOR

Este documento foi assinado eletronicamente. As assinaturas realizadas estão listadas em sua última página.
Sua autenticidade pode ser verificada no Portal do TCE/BA através do QRCode ou endereço https://www.tce.ba.gov.br/autenticacaocopia, digitando o código de autenticação: GWOTQXNTQ5

CLÍNICA ESSENCIAL VIDA

Secretaria da Segurança Pública
Fls. 45
Protocolo

Atestado de Saúde Ocupacional

EM CUMPRIMENTO AO DISPOSTO NOS SUB-ITENS 7.4.4.3, DA NR 07 PORTARIA ,Nº3214/78,DO MTB DE 13.05.1996,PARA FINS DE :

Identificação

Empresa: PRIME SERVICOS E EMPREEND EIRELI EPP		CNPJ: 12668873000156
Funcionário (Nome): **JAILAN RAMOS SANTOS**		RG: 1567098720
IDADE: 24 anos 4 meses	Data de Nascimento: 24/08/1993	Tipo de Atendimento: PERIODICO
Função: SERVENTE	Setor: OPERACIONAL	

Riscos de Exposição

( ) FÍSICO:
( ) QUÍMICO:
( ) BIOLÓGICO:
(X)ERGONÔMICO:POSTURA INADEQUADA
( ) ACIDENTE:
( ) SEM RISCOS OCUPACIONAIS ESPECIFICOS.

Exames Complementares

Em observação ao subitem 7.4.1 da norma regulamentadora nº 7, atestamos que o (a) candidato (a) / empregado (a) acima identificado, submeteu-se aos procedimentos médicos abaixo discriminados:

EXAME CLINICO OCUPACIONAL	10/01/2018		

Sobre o (a) mesmo (a) emitimos o seguinte parecer **APTO PARA FUNÇÃO (X) INAPTO PARA FUNÇÃO ( )** **APTO À TRABALHAR EM ALTURA ( )**	Observações:

Declaro que estou ciente do resultado dos exames acima e que recebi copia deste Atestado de Saude Ocupacinal Assinatura do (a) Empregado (a)	Salvador, 10 de Janeiro de 2018 Dra. Leila Camila Ribeiro Médica CRM/BA 31565 Médico Examinador

Identificação do Médico Coordenador

Médico Coordenador / Médico do trabalho (a): CRM/BA :
TEL:3035-1035

1ª VIA EMPREGADOR - 2ª VIA EMPREGADO
CÓPIA DESTE ASO PODERÁ SER OBTIDA ATÉ 90 (NOVENTA) DIAS APÓS A EMISSÃO

RECEBI 2ª VIA EM____/____/____

Este documento foi assinado eletronicamente. As assinaturas realizadas estão listadas em sua última página.
Sua autenticidade pode ser verificada no Portal do TCE/BA através do QRCode ou endereço https://www.tce.ba.gov.br/autenticacaocopia, digitando o código de autenticação: GWOTQXNTQ5

Itaú 30 horas

Banco Itaú - Comprovante de Pagamento
GRRF - Guia de Recolhimento Rescisório do FGTS

Identificação no extrato: SISPAG TRIBUTOS

Dados da conta debitada:

Agência: **0935** Conta: **54348 - 8**

Nome: **MAP SISTEMAS DE SERVICOS LTDA**

Dados do pagamento:

Código de barras: **858900000794 664502392015 710132837279 016429300022**

Código Convênio: **0239**

Data de Validade: **13.10.2017**

Valor Recolhido: **R$ 7.966,45**

Informações fornecidas pelo pagador: **FGTS RESCISORIO**

Identificador: **2837270164293000**

Operação efetuada em 13/10/2017 às 06:02:28 via Sispag, CTRL 599569242000041.

Autenticação:

FB87DDFC3D3413CC5F66B56F1DF5D749DC73A44A

Dúvidas, sugestões e reclamações: na sua agência. Se preferir, ligue para o SAC Itaú: 0800 728 0728 (todos os dias, 24h) ou acesse o Fale Conosco no www.itau.com.br. Se não ficar satisfeito com a solução apresentada, ligue para a Ouvidoria Corporativa Itaú: 0800 570 0011 (em dias úteis, das 9h às 18h) ou Caixa Postal 67.600, CEP 03162-971. Deficientes auditivos ou de fala: 0800 722 1722 (todos os dias, 24h).

Este documento foi assinado eletronicamente. As assinaturas realizadas estão listadas em sua última página.
Sua autenticidade pode ser verificada no Portal do TCE/BA através do QRCode ou endereço https://www.tce.ba.gov.br/autenticacaocopia, digitando o código de autenticação: GWOTQXNTQ5

CLINICA ESSENCIAL VIDA

Secretaria da Segurança Pública
Fls. 44
Protocolo

Atestado de Saúde Ocupacional

EM CUMPRIMENTO AO DISPOSTO NOS SUB-ITENS 7.4.4.3, DA NR 07 PORTARIA ,Nº3214/78,DO MTB DE 13.05.1996,PARA FINS DE :

Identificação

Empresa: PRIME SERVICOS E EMPREEND EIRELI EPP		CNPJ: 12668873000156
Funcionário (Nome): **IDALINA BATISTA DOS SANTOS**		RG: 0206609604
IDADE: 64 anos 3 meses	Data de Nascimento: 28/09/1953	Tipo de Atendimento: PERIODICO
Função: SERVENTE	Setor:	

Riscos de Exposição

( ) FÍSICO:
( ) QUÍMICO:
( ) BIOLÓGICO:
(X)ERGONÔMICO:POSTURA INADEQUADA
( ) ACIDENTE:
( ) SEM RISCOS OCUPACIONAIS ESPECIFICOS.

Exames Complementares

Em observação ao subitem 7.4.1 da norma regulamentadora nº 7, atestamos que o (a) candidato (a) / empregado (a) acima identificado, submeteu-se aos procedimentos médicos abaixo discriminados:

EXAME CLINICO OCUPACIONAL	10/01/2018		

Sobre o (a) mesmo (a) emitimos o seguinte parecer

APTO PARA FUNÇÃO (X) INAPTO PARA FUNÇÃO ( )

APTO À TRABALHAR EM ALTURA ( )

Observações:

Declaro que estou ciente do resultado dos exames acima e que recebi copia deste Atestado de Saude Ocupacinal

Idalina Batista dos Santos
Assinatura do (a) Empregado (a)

Salvador, 10 de Janeiro de 2018

Dra. Leila Camila Ribeiro
Médica
CRM-BA 31589
Médico Examinador

Identificação do Médico Coordenador

Médico Coordenador / Médico do trabalho (a): CRM/BA :
TEL:3035-1035

1ª VIA EMPREGADOR - 2ª VIA EMPREGADO
CÓPIA DESTE ASO PODERÁ SER OBTIDA ATÉ 90 (NOVENTA) DIAS APÓS A EMISSÃO

RECEBI 2ª VIA EM____/____/____

Matriz:Ladeira da Independência,nº 04-Nazaré - Cep:40.040-340 - Salvador-Ba - Tel:(71) 3035-0935/3035-1035

Este documento foi assinado eletronicamente. As assinaturas realizadas estão listadas em sua última página.
Sua autenticidade pode ser verificada no Portal do TCE/BA através do QRCode ou endereço https://www.tce.ba.gov.br/autenticacaocopia, digitando o código de autenticação: GWOTQXNTQ5

FGTS
FUNDO DE GARANTIA DO TEMPO DE SERVIÇO

GRRF - Guia de Recolhimento Rescisório do FGTS

Gerada em 16/10/2017 10:25:33

Versão do Aplicativo: 3.3.10 - 18/07/2017

01 - Razão social/Nome	02 - CNPJ/CEI
MAP SISTEMAS DE SERVICOS LTDA	04.293.000/0001-88

03 - Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento)	04 - Contato/DDD/telefone	05 - CEP
RUA BOCA DA MATA SN LOTES 3335	71-34449000	42.700-000

06 - Bairro/distrito	07 - Município	08 - UF	09 - FPAS	10 - Simples	14 - Qtde Trabalhadores
PORTAO	LAURO DE FREITAS	BA	515	1	5

11- Identificador
28372701642930002

12- Total a Recolher
7.966,45

13- Data de Validade = 13/10/2017

Atenção: não receber após Validade

Código de Barras

858900000794 664502392015 710132837279 016429300022

Autenticação mecânica

Via Empresa

FGTS
FUNDO DE GARANTIA DO TEMPO DE SERVIÇO

GRRF - Guia de Recolhimento Rescisório do FGTS

Gerada em 16/10/2017 10:25:33

Versão do Aplicativo: 3.3.10 - 18/07/2017

01 - Razão social/Nome	02 - CNPJ/CEI
MAP SISTEMAS DE SERVICOS LTDA	04.293.000/0001-88

03 - Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento)	04 - Contato/DDD/telefone	05 - CEP
RUA BOCA DA MATA SN LOTES 3335	71-34449000	42.700-000

06 - Bairro/Distrito	07 - Município	08 - UF	09 - FPAS	10 - Simples	14 - Qtde Trabalhadores
PORTAO	LAURO DE FREITAS	BA	515	1	5

11- Identificador
28372701642930002

12- Total a Recolher
7.966,45

13- Data de Validade = 13/10/2017

Atenção: não receber após Validade

Código de Barras

858900000794 664502392015 710132837279 016429300022

Autenticação mecânica

Via Banco

Este documento foi assinado eletronicamente. As assinaturas realizadas estão listadas em sua última página.
Sua autenticidade pode ser verificada no Portal do TCE/BA através do QRCode ou endereço https://www.tce.ba.gov.br/autenticacaocopia, digitando o código de autenticação: GWOTQXNTQ5

CLÍNICA ESSENCIAL VIDA

Secretaria da Segurança Pública
Fls. 43
Protocolo

Atestado de Saúde Ocupacional

EM CUMPRIMENTO AO DISPOSTO NOS SUB-ITENS 7.4.4.3, DA NR 07 PORTARIA ,Nº3214/78,DO MTB DE 13.05.1996.PARA FINS DE :

Identificação

Empresa: PRIME SERVICOS E EMPREEND EIRELI EPP		CNPJ: 12668873000156
Funcionário (Nome): **GEOVANIA ASSIS DE PINHO DOS SANTOS**		RG: 0884066010 SSP-BA
IDADE: 32 anos 8 meses	Data de Nascimento: 07/05/1985	Tipo de Atendimento: PERIODICO
Função: SERVENTE	Setor: OPERACIONAL	

Riscos de Exposição

( ) FÍSICO:
( ) QUÍMICO:
( ) BIOLÓGICO:
(X)ERGONÔMICO:POSTURA INADEQUADA
( ) ACIDENTE:
( ) SEM RISCOS OCUPACIONAIS ESPECIFICOS.

Exames Complementares

Em observação ao subitem 7.4.1 da norma regulamentadora nº 7, atestamos que o (a) candidato (a) / empregado (a) acima identificado, submeteu-se aos procedimentos médicos abaixo discriminados:

EXAME CLINICO OCUPACIONAL	10/01/2018		

Sobre o (a) mesmo (a) emitimos o seguinte parecer **APTO PARA FUNÇÃO (X) INAPTO PARA FUNÇÃO ( )** **APTO À TRABALHAR EM ALTURA ( )**	Observações:

Declaro que estou ciente do resultado dos exames acima e que recebi copia deste Atestado de Saude Ocupacinal Assinatura do (a) Empregado (a)	Salvador, 10 de Janeiro de 2018 Dra. Leila Camila Ribeiro Médica CRM/BA 31580 Médico Examinador

Identificação do Médico Coordenador

Médico Coordenador / Médico do trabalho (a): CRM/BA :
TEL:3035-1035

1ª VIA EMPREGADOR - 2ª VIA EMPREGADO
CÓPIA DESTE ASO PODERÁ SER OBTIDA ATÉ 90 (NOVENTA) DIAS APÓS A EMISSÃO

RECEBI 2ª VIA EM____/____/____

Este documento foi assinado eletronicamente. As assinaturas realizadas estão listadas em sua última página.
Sua autenticidade pode ser verificada no Portal do TCE/BA através do QRCode ou endereço https://www.tce.ba.gov.br/autenticacaocopia, digitando o código de autenticação: GWOTQXNTQ5

FGTS
FUNDO DE GARANTIA DO TEMPO DE SERVIÇO

Demonstrativo do Trabalhador de Recolhimento FGTS Rescisório

Identificador: 28372701642930002

Versão do Aplicativo: 3.3.10 - 18/07/2017

Dados do Empregador

Razão Social: MAP SISTEMAS DE SERVICOS LTDA

CNPJ/CEI: 04.293.000/0001-88

Endereço

Logradouro: RUA BOCA DA MATA SN LOTES 3335

Bairro: PORTAO

Cidade: LAURO DE FREITAS

UF: BA

CEP: 42.700-000

FPAS: 515

Simples: 1

CNAE: 8121400

CNPJ/CEI Tomador de serviço: 13.937.149/0001-43

Dados do Trabalhador

Nome: IGO VILAS BOAS SANTOS

PIS/PASEP: 12843732044

Admissão: 06/10/2015

Categoria: 01

Data Nascimento: 07/04/1980

Data Opção: 06/10/2015

CTPS: 0001165/00057

Movimentação: 14/10/2017 - I1

Aviso Prévio: 1

Dissídio/Acordo:

Informações Financeiras

	Mês Anterior a Rescisão	Mês Rescisão	Aviso Prévio Indenizado	Multa Rescisória
Remuneração/Saldo	0,00	1.291,87	0,00	2.229,71
Depósito	0,00	103,34	0,00	891,88
JAM	0,00	0,00	0,00	0,00
Encargos	0,00	0,00	0,00	0,00
Contrib.Social	0,00	0,00	0,00	222,97

Valor Trabalhador: 995,22

Valor Devido pela Empresa: 1.218,19

Cabe ao trabalhador os valores de Depósito e JAM

Este documento foi assinado eletronicamente. As assinaturas realizadas estão listadas em sua última página.
Sua autenticidade pode ser verificada no Portal do TCE/BA através do QRCode ou endereço https://www.tce.ba.gov.br/autenticacaocopia, digitando o código de autenticação: GWOTQXNTQ5

ESSENCIAL VIDA

Secretaria da Segurança Pública
Fls. 42
Protocolo

Atestado de Saúde Ocupacional

EM CUMPRIMENTO AO DISPOSTO NOS SUB-ITENS 7.4.4.3, DA NR 07 PORTARIA ,Nº3214/78,DO MTB DE 13.05.1996,PARA FINS DE :

Identificação

Empresa: PRIME SERVICOS E EMPREEND EIRELI EPP		CNPJ: 12668873000156
Funcionário (Nome): **GESSICA PEDRINA DA SILVA**		RG: 1281426342 SSP-BA
IDADE: 30 anos 9 meses	Data de Nascimento: 09/04/1987	Tipo de Atendimento: PERIODICO
Função: SERVENTE	Setor: OPERACIONAL	

Riscos de Exposição

( ) FÍSICO:
( ) QUÍMICO:
( ) BIOLOGICO:
(X)ERGONÔMICO:POSTURA INADEQUADA
( ) ACIDENTE:
( ) SEM RISCOS OCUPACIONAIS ESPECIFICOS.

Exames Complementares

Em observação ao subitem 7.4.1 da norma regulamentadora nº 7, atestamos que o (a) candidato (a) / empregado (a) acima identificado, submeteu-se aos procedimentos médicos abaixo discriminados:

EXAME CLINICO OCUPACIONAL	16/01/2018		

Sobre o (a) mesmo (a) emitimos o seguinte parecer **APTO PARA FUNÇÃO (X)** **INAPTO PARA FUNÇÃO ( )** **APTO À TRABALHAR EM ALTURA ( )**	Observações:

Declaro que estou ciente do resultado dos exames acima e que recebi copia deste Atestado de Saude Ocupacinal Gessica Pedrina da Silva Assinatura do (a) Empregado (a)	Salvador, 16 de Janeiro de 2018 Dra. Amanda Moreira CRM 29.636 Médica Médico Examinador

Identificação do Médico Coordenador

Médico Coordenador / Médico do trabalho (a): CRM/BA :
TEL:3035-1035

1ª VIA EMPREGADOR - 2ª VIA EMPREGADO RECEBI 2ª VIA EM____/____/____
CÓPIA DESTE ASO PODERÁ SER OBTIDA ATÉ 90 (NOVENTA) DIAS APÓS A EMISSÃO

Este documento foi assinado eletronicamente. As assinaturas realizadas estão listadas em sua última página.
Sua autenticidade pode ser verificada no Portal do TCE/BA através do QRCode ou endereço https://www.tce.ba.gov.br/autenticacaocopia, digitando o código de autenticação: GWOTQXNTQ5

CAIXA

:: Extrato de Conta do Fundo de Garantia - FGTS

Data / Hora Consulta: 16/10/2017 14:27:43 016819

Nome:	**IGO VILAS BOAS SANTOS**		
PIS/PASEP/NIT:	**128.43732.04-4**		
Empresa:	MAP SISTEMA DE SERVICOS LTDA		
CNPJ/CEI/CPF:	04.293.000/0001-88		
Cód. Estab.:	09940001992690	Categoria:	01
Nº Conta FGTS:	00001170636	Data Admissão:	06/10/2015
Data/Cód. Movimentação:	14/10/2017 - 11	Data Opção:	06/10/2015
Taxa Juros:	3 %	Tipo Conta:	OPTANTE
Valor Base para Fins Rescisórios:	R$ 2.216,56	Base:	BA
SALDO:	**R$ 2.240,75**	Atualizado em:	16/10/2017

Histórico dos Lançamentos

Data	Descrição dos Lançamentos	Valor R$	Total R$
	SALDO ANTERIOR		1.575,48
10/04/2017	CREDITO DE JAM	6,28	1.581,76
07/04/2017	DEPOSITO MARCO/2017	92,49	1.674,25
05/05/2017	DEPOSITO ABRIL/2017	84,94	1.759,19
10/05/2017	CREDITO DE JAM	4,12	1.763,31
10/06/2017	CREDITO DE JAM	5,69	1.769,00
07/06/2017	DEPOSITO MAIO/2017	84,94	1.853,94
10/07/2017	CREDITO DE JAM	5,56	1.859,50
07/07/2017	DEPOSITO JUNHO/2017	84,94	1.944,44
10/08/2017	CREDITO DE JAM	6,00	1.950,44
10/08/2017	CRED DIST RESULTADO ANO BASE 12/2016	24,07	1.974,51
07/08/2017	DEPOSITO JULHO/2017	84,94	2.059,45
10/09/2017	CREDITO DE JAM	6,12	2.065,57
06/09/2017	DEPOSITO AGOSTO/2017	84,94	2.150,51
10/10/2017	CREDITO DE JUROS/ATUALIZACAO MONETARIA 0,002466	5,30	2.155,81
06/10/2017	DEPOSITO SETEMBRO/2017	84,94	2.240,75

IMPRIMIR

Este documento foi assinado eletronicamente. As assinaturas realizadas estão listadas em sua última página.
Sua autenticidade pode ser verificada no Portal do TCE/BA através do QRCode ou endereço https://www.tce.ba.gov.br/autenticacaocopia, digitando o código de autenticação: GWOTQXNTQ5

Secretaria da Segurança Pública
Fls. 41
Protocolo

Atestado de Saúde Ocupacional

EM CUMPRIMENTO AO DISPOSTO NOS SUB-ITENS 7.4.4.3, DA NR 07 PORTARIA ,Nº3214/78,DO MTB DE 13.05.1996,PARA FINS DE :

Identificação

Empresa: PRIME SERVICOS E EMPREEND EIRELI EPP		CNPJ: 12668873000156
Funcionário (Nome): **DAMIANA LEITE**		RG: 0701992808
IDADE: 45 anos 7 meses	Data de Nascimento: 06/06/1972	Tipo de Atendimento: ADMISSIONAL
Função: SERVENTE	Setor: OPERACIONAL	

Riscos de Exposição

( ) FISICO:
( ) QUIMICO:
( ) BIOLÓGICO
(X)ERGONÔMICO.POSTURA INADEQUADA
( ) ACIDENTE
( ) SEM RISCOS OCUPACIONAIS ESPECIFICOS

Exames Complementares

Em observação ao subitem 7.4.1 da norma regulamentadora nº 7, atestamos que o (a) candidato (a) / empregado (a) acima identificado, submeteu-se aos procedimentos médicos abaixo discriminados:

EXAME CLINICO OCUPACIONAL	15/01/2018		

Sobre o (a) mesmo (a) emitimos o seguinte parecer	Observações:
APTO PARA FUNÇÃO (X) INAPTO PARA FUNÇÃO ( ) APTO À TRABALHAR EM ALTURA ( )	

Declaro que estou ciente do resultado dos exames acima e que recebi cópia deste Atestado de Saude Ocupacional

Damiana Leite
Assinatura do (a) Empregado (a)

Salvador, 15 de Janeiro de 2018

Médico Examinador

Identificação do Médico Coordenador

Médico Coordenador / Médico do trabalho (a): CRM/BA :
TEL:3035-1035

1ª VIA EMPREGADOR - 2ª VIA EMPREGADO RECEBI 2ª VIA EM ____/____/____
CÓPIA DESTE ASO PODERÁ SER OBTIDA ATÉ 90 (NOVENTA) DIAS APÓS A EMISSÃO

Este documento foi assinado eletronicamente. As assinaturas realizadas estão listadas em sua última página.
Sua autenticidade pode ser verificada no Portal do TCE/BA através do QRCode ou endereço https://www.tce.ba.gov.br/autenticacaocopia, digitando o código de autenticação: GWOTQXNTQ5

FGTS
FUNDO DE GARANTIA DO TEMPO DE SERVIÇO

DATA: 16/10/2017
HORA: 10:36:19
PAG: 001/001

Versão do Aplicativo: 3.3.10 - 18/07/2017

RELATÓRIO DE MOVIMENTAÇÕES ACATADAS

RESPONSÁVEL: 04.293.000/0001-88 - MAP SISTEMAS DE SERVICOS LTDA

CNPJ/CEI: 04.293.000/0001-88 RAZAO SOCIAL EMPRESA: MAP SISTEMAS DE SERVICOS LTDA
CÓD ESTAB: 9940001992690 IDENTIFICADOR GRRF: 28372701642930002

A COMUNICACAO DE MOVIMENTACAO DO TRABALHADOR REALIZADA POR MEIO DE TRANSMISSAO DA GRRF RESULTARA EM PAGAMENTO AUTOMATICO DA(S) CONTA(S) DO FGTS PARA O(S) TRABALHADOR(ES) DESSA EMPRESA, EXCETO, PARA AQUELES COM IDENTIFICACAO DE PENSAO ALIMENTICIA. OS DADOS INFORMADOS SAO DE SUA INTEIRA RESPONSABILIDADE.

NOME DO TRABALHADOR: IGO VILAS BOAS SANTOS CÓD. CATEGORIA: 01 CÓD. TRABALHADOR: 1170636
PIS /PASEP/NIT: 128.43732.04-4 DATA ADMISSÃO: 06/10/2015 COD. SAQUE: 01
DATA/COD.MOVIM: 14/10/2017 - I1 CHAVE IDENTIFICAÇÃO: CX-12843732044-74294031-27 DATA PREV. PAGTO: 19/10/2017
BASE DOMICILIO : BA

TRABALHADOR(A), PROMOVER O SAQUE DO FGTS, EM QUALQUER AGENCIA DA CAIXA, A PARTIR DA DATA PREVISTA PARA PAGAMENTO ACIMA INFORMADA

Este documento foi assinado eletronicamente. As assinaturas realizadas estão listadas em sua última página.
Sua autenticidade pode ser verificada no Portal do TCE/BA através do QRCode ou endereço https://www.tce.ba.gov.br/autenticacaocopia, digitando o código de autenticação: GWOTQXNTQ5

CLINICA ESSENCIAL VIDA

Secretaria da Segurança Pública
Fls. 40
Protocolo

Atestado de Saúde Ocupacional

EM CUMPRIMENTO AO DISPOSTO NOS SUB-ITENS 7.4.4.3, DA NR 07 PORTARIA ,Nº3214/78,DO MTB DE 13.05.1996,PARA FINS DE :

Identificação

Empresa: PRIME SERVICOS E EMPREEND EIRELI EPP		CNPJ: 12668873000156
Funcionário (Nome): **CARLOS RIBEIRO DA SILVA FILHO**		RG: 0328112763
IDADE: 50 anos 11 meses	Data de Nascimento: 03/02/1967	Tipo de Atendimento: PERIODICO
Função: SERVENTE	Setor: OPERACIONAL	

Riscos de Exposição

( ) FÍSICO:
( ) QUÍMICO:
( ) BIOLÓGICO:
(X)ERGONÔMICO:POSTURA INADEQUADA
( ) ACIDENTE:
( ) SEM RISCOS OCUPACIONAIS ESPECIFICOS.

Exames Complementares

Em observação ao subitem 7.4.1 da norma regulamentadora nº 7, atestamos que o (a) candidato (a) / empregado (a) acima identificado, submeteu-se aos procedimentos médicos abaixo discriminados:

EXAME CLINICO OCUPACIONAL	16/01/2018		

Sobre o (a) mesmo (a) emitimos o seguinte parecer	Observações
APTO PARA FUNÇÃO (X) INAPTO PARA FUNÇÃO ( ) APTO À TRABALHAR EM ALTURA ( )	

Declaro que estou ciente do resultado dos exames acima e que recebi copia deste Atestado de Saúde Ocupacional	Salvador, 16 de Janeiro de 2018
Assinatura do (a) Empregado (a)	Ma. Amanda Moreno CRM - 28.336 Médica Médico Examinador

Identificação do Médico Coordenador

Médico Coordenador / Médico do trabalho (a): CRM/BA :
TEL 3035-1035

1ª VIA EMPREGADOR - 2ª VIA EMPREGADO RECEBI 2ª VIA EM____/____/____
CÓPIA DESTE ASO PODERÁ SER OBTIDA ATÉ 90 (NOVENTA) DIAS APÓS A EMISSÃO

Este documento foi assinado eletronicamente. As assinaturas realizadas estão listadas em sua última página.
Sua autenticidade pode ser verificada no Portal do TCE/BA através do QRCode ou endereço https://www.tce.ba.gov.br/autenticacaocopia, digitando o código de autenticação: GWOTQXNTQ5

COMPROVANTE PAGAMENTO

Empresa :	MAP SISTEMAS
CNPJ:	04.293.000/0001-88
Banco:	CAIXA
Conta Débito:	104 / 1522-9 / 3029-0

CAIXA

Favorecido:	IGO VILAS BOAS SANTOS (813.658.885-68)		
Conta Crédito:	CAIXA / 1522-9 / 13230-6		
Valor:	R$ 1.622,77	**Status:**	EFETIVADO
Creditado em:	13/10/2017	**Efetivado em:**	13/10/2017

Autenticação: **16200287A53161C9892EE0000**

Este documento foi assinado eletronicamente. As assinaturas realizadas estão listadas em sua última página.
Sua autenticidade pode ser verificada no Portal do TCE/BA através do QRCode ou endereço https://www.tce.ba.gov.br/autenticacaocopia, digitando o código de autenticação: GWOTQXNTQ5

ESSENCIAL VIDA

Secretaria da Segurança Pública
Fls. 39
Protocolo

Atestado de Saúde Ocupacional

EM CUMPRIMENTO AO DISPOSTO NOS SUB-ITENS 7.4.4.3, DA NR 07 PORTARIA ,Nº3214/78,DO MTB DE 13.05.1996,PARA FINS DE :

Identificação

Empresa: PRIME SERVICOS E EMPREEND EIRELI EPP		CNPJ: 12668873000156
Funcionário (Nome): **RICARDO SANTANA DOS SANTOS**		RG: 0649915712
IDADE: 40 anos	Data de Nascimento: 24/01/1977	Tipo de Atendimento: ADMISSIONAL
Função: SERVENTE	Setor: OPERACIONAL	

Riscos de Exposição

( ) FÍSICO:
( ) QUIMICO:
( ) BIOLÓGICO:
(X)ERGONÔMICO:POSTURA INADEQUADA
( ) ACIDENTE.
( ) SEM RISCOS OCUPACIONAIS ESPECIFICOS.

Exames Complementares

Em observação ao subitem 7.4.1 da norma regulamentadora nº 7 atestamos que o (a) candidato (a) / empregado (a) acima identificado, submeteu-se aos procedimentos médicos abaixo discriminados

EXAME CLINICO OCUPACIONAL	15/01/2018		

Sobre o (a) mesmo (a) emitimos o seguinte parecer

APTO PARA FUNÇÃO (X) INAPTO PARA FUNÇÃO ( )

APTO À TRABALHAR EM ALTURA ( )

Observações:

Declaro que estou ciente do resultado dos exames acima e que recebi copia deste Atestado de Saude Ocupacinal

Ricardo Santos
Assinatura do (a) Empregado (a)

Salvador, 15 de Janeiro de 2018

Dra. Amanda [illegible]
CRM - 28.336
Médica
Médico Examinador

Identificação do Médico Coordenador

Médico Coordenador / Médico do trabalho (a): CRM/BA :
TEL:3035-1035

1ª VIA EMPREGADOR - 2ª VIA EMPREGADO
CÓPIA DESTE ASO PODERÁ SER OBTIDA ATÉ 90 (NOVENTA) DIAS APÓS A EMISSÃO

RECEBI 2ª VIA EM____/____/____

Este documento foi assinado eletronicamente. As assinaturas realizadas estão listadas em sua última página.
Sua autenticidade pode ser verificada no Portal do TCE/BA através do QRCode ou endereço https://www.tce.ba.gov.br/autenticacaocopia, digitando o código de autenticação: GWOTQXNTQ5

TERMO DE HOMOLOGAÇÃO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

EMPREGADOR

01 CNPJ / CEI	02 Razão Social / Nome
04.293.000/0001-88	MAP SISTEMAS DE SERVIÇOS LTDA

TRABALHADOR

10 PIS/PASEP	11 Nome
12843732044	IGO VILAS BOAS SANTOS

17 CTPS (Nº, Série, UF)	18 CPF	19 Data de Nascimento	20 Nome da Mãe
01165 / 00057 / BA	81365888568	07/04/1980	VADELICE MATILDE VILAS BOAS SANTOS

CONTRATO

22 Causa do afastamento
Despedida sem justa causa, pelo empregador

24 Data de Admissão	25 Data do Aviso Prévio	26 Data de Afastamento	27 Cód. Afast.	29 Pensão Alimentícia (%) FGTS
06/10/2015	09/09/2017	14/10/2017	SJ2	0,00

30 Categoria do Trabalhador
01. Empregado

31 Código Sindical	32 CNPJ e Nome da Entidade Sindical Laboral
000.000.000.90416-3	32.700.148/0001-25 SINDILIMP SSA

Foi prestada, gratuitamente, assistência na rescisão do contrato de trabalho, nos termos do artigo nº477, §1º, da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), sendo comprovado neste ato o efetivo pagamento das verbas rescisórias especificadas no corpo do TRCT, no valor líquido de R$ 1.622,77 , o qual, devidamente rubricado pelas partes, é parte integrante do presente Termo de Homologação.
As partes assistidas no presente ato de rescisão contratual foram identificadas como legítimas conforme previsto na Instrução Normativa/SRT nº 15/2010.

Fica ressalvado o direito de o trabalhador pleitear judicialmente os direitos informados no campo 155, abaixo.

_____ de _____ de _____.

GRUPO MAP
Clayton Ferreira
RG 07 50[illegible]

150 Assinatura do Empregador ou Preposto

151 Assinatura do Trabalhador

152 Assinatura do Responsável Legal do Trabalhador

153 Carimbo e Assinatura do Assistente

154 Nome do Órgão Homologador

155 Ressalvas

falta desrídio (aí 2017)

SINDILIMP
Em 18/10/2017

156 Informações à CAIXA:

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA
Pode o trabalhador iniciar ação judicial quanto aos créditos resultantes das relações de trabalho até o limite de dois anos após a extinção do contrato de trabalho (Inc. XXIX, Art. 7º da Constituição Federal/1988).

Este documento foi assinado eletronicamente. As assinaturas realizadas estão listadas em sua última página.
Sua autenticidade pode ser verificada no Portal do TCE/BA através do QRCode ou endereço https://www.tce.ba.gov.br/autenticacaocopia, digitando o código de autenticação: GWOTQXNTQ5

CLÍNICA ESSENCIAL VIDA

Secretaria da Segurança Pública
Fls. 38
Protocolo

Atestado de Saúde Ocupacional

EM CUMPRIMENTO AO DISPOSTO NOS SUB-ITENS 7.4.4.3, DA NR 07 PORTARIA ,Nº3214/78,D O MTB DE 13.05.1996,PARA FINS DE :

Identificação

Empresa: PRIME SERVICOS E EMPREEND EIRELI EPP		CNPJ: 12668873000156
Funcionário (Nome): **JONSON DINIZ SANTOS LISBOA**		RG: 13?727400 SSP-BA
IDADE: 28 anos 5 meses	Data de Nascimento: 30/07/1989	Tipo de Atendimento: PERIODICO
Função: SERVENTE	Setor: OPERACIONAL	

Riscos de Exposição

( ) FÍSICO:
( ) QUÍMICO:
( ) BIOLÓGICO:
(X) ERGONÔMICO:POSTURA INADEQUADA
( ) ACIDENTE:
( ) SEM RISCOS OCUPACIONAIS ESPECIFICOS.

Exames Complementares

Em observação ao subitem 7.4.1 da norma regulamentadora nº 7, atestamos que o (a) candidato (a) / empregado (a) acima identificado, submeteu-se aos procedimentos médicos abaixo discriminados:

EXAME CLINICO OCUPACIONAL	15/01/2018		

Sobre o (a) mesmo (a) emitimos o seguinte parecer **APTO PARA FUNÇÃO (X) INAPTO PARA FUNÇÃO ( )** **APTO À TRABALHAR EM ALTURA ( )**	Observações:

Declaro que estou ciente do resultado dos exames acima e que recebi copia deste Atestado de Saude Ocupacional Assinatura do (a) Empregado (a)	Salvador, 15 de Janeiro de 2018 Dra. Amanda Moreno CRM - 28.336 Médico Examinador

Identificação do Médico Coordenador

Médico Coordenador / Médico do trabalho (a): CRM/BA :
TEL:3035-1035

1ª VIA EMPREGADOR - 2ª VIA EMPREGADO
RECEBI 2ª VIA EM____/____/____
CÓPIA DESTE ASO PODERÁ SER OBTIDA ATÉ 90 (NOVENTA) DIAS APÓS A EMISSÃO

Este documento foi assinado eletronicamente. As assinaturas realizadas estão listadas em sua última página.
Sua autenticidade pode ser verificada no Portal do TCE/BA através do QRCode ou endereço https://www.tce.ba.gov.br/autenticacaocopia, digitando o código de autenticação: GWOTQXNTQ5

TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR

01 CNPJ/CEI	02 Razão Social/Nome			
04.293.000/0001-88	MAP SISTEMAS DE SERVIÇOS LTDA			
03 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento)				04 Bairro
RUA BOCA DA MATA, S/N, LOTES 33/35				PORTAO
05 Município	06 UF	07 CEP	08 CNAE	09 CNPJ/CEI Tomador/Obra
LAURO DE FREITAS	BA	42700-000	8121400	13.937.149/0001-43

IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR

10 PIS/PASEP	11 Nome			
12843732044	IGO VILAS BOAS SANTOS			
12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento)				13 Bairro
RUA PERNABUES, 30 E, AP 1 AND				PERNAMBUES
14 Município	15 UF	16 CEP	17 CTPS (nº, série, UF)	18 CPF
Salvador	BA	41100188	01165 / 00057 / BA	81365888568
19 Data de Nascimento	20 Nome da Mãe			
07/04/1980	VADELICE MATILDE VILAS BOAS SANTOS			

DADOS DO CONTRATO

21 Tipo de Contrato				
1. Contrato de trabalho por prazo indeterminado				
22 Causa do afastamento				
Despedida sem justa causa, pelo empregador				
23 Remuneração Mês Ant.	24 Data de Admissão	25 Data do Aviso Prévio	26 Data de Afastamento	27 Cód. Afastamento
R$ 1.213,01	06/10/2015	09/09/2017	14/10/2017	SJ2
28 Pensão Alim. (%) TRCT	29 Pensão Alim. (%) FGTS	30 Categoria do Trabalhador		
0,00	0,00	01. Empregado		
31 Código Sindical	32 CNPJ e Nome da Entidade Sindical Laboral			
000.000.000.90416-3	32.700.148/0001-25 SINDILIMP SSA			

DISCRIMINAÇÃO DAS VERBAS RESCISÓRIAS

VERBAS RESCISÓRIAS

Rubrica	Valor	Rubrica	Valor	Rubrica	Valor
50 Saldo de 14/dias Salário (líquido de 0/faltas e DSR)	495,51	51 Comissões		52 Gratificação	
53 Adicional de Insalubridade %		54 Adicional de Periculosidade %		55 Adicional Noturno horas %	
56.1 Horas Extras horas %		57 Gorjetas		58 Descanso Semanal Remunerado (DSR)	
59 Reflexo do DSR sobre Salário Variável		60 Multa Art. 477, § 8º/CLT		62 Salário-Família	
63 13º Salário Proporcional 9/12 avos	796,36	64.1 13º Salário Exercício - /12 avos		65 Férias Proporcionais /12 avos	
66.1 Férias Venc. Per. Aquis. / / a / /		68 Terço Constitucional de Férias	353,94	69 Aviso Prévio Indenizado dias	
70 13º Salário (Aviso Prévio Indenizado)		71 Férias (Aviso Prévio Indenizado)		95 FERIAS INDENIZADAS	1.061,81
		99 Ajuste do saldo devedor		**TOTAL BRUTO**	**2.707,62**

DEDUÇÕES

Desconto	Valor	Desconto	Valor	Desconto	Valor
100 Pensão Alimentícia		101 Adiantamento Salarial		102 Adiantamento de 13º Salário	
103 Aviso Prévio Indenizado dias		106 Vale Transporte	29,73	112.1 Previdencia Social	39,64
112.2 Previdencia Social 13 Salario	63,70	114.1 IRRF		114.2 IRRF sobre 13º Salário	
115.1 BENEFICIO APOIO FAMILIAR	1,00	115.2 CREDITO INDEVIDO VT	86,40	115.3 CREDITO INDEVIDO VR	146,88
115.4 DESC ALIMENTAÇÃO	22,03	115.5 EMPRESTIMO BV RESCISÃO	695,47	**TOTAL DEDUÇÕES**	**1.084,85**
				VALOR LÍQUIDO	**1.622,77**

Este documento foi assinado eletronicamente. As assinaturas realizadas estão listadas em sua última página.
Sua autenticidade pode ser verificada no Portal do TCE/BA através do QRCode ou endereço https://www.tce.ba.gov.br/autenticacaocopia, digitando o código de autenticação: GWOTQXNTQ5

CLÍNICA ESSENCIAL VIDA

Secretaria da Segurança Pública
Fls. 36
Protocolo

Atestado de Saúde Ocupacional

EM CUMPRIMENTO AO DISPOSTO NOS SUB-ITENS 7.4.4.3, DA NR 07 PORTARIA ,Nº3214/78,DO MTB DE 13.05.1996,PARA FINS DE :

Identificação

Empresa: PRIME SERVICOS E EMPREEND EIRELI EPP		CNPJ: 12668873000156
Funcionário (Nome): **PAULO SERGIO PINTO SANTOS**		RG: 2004357525
IDADE: 23 anos 3 meses	Data de Nascimento: 30/09/1994	Tipo de Atendimento: PERIODICO
Função: SERVENTE	Setor: OPERACIONAL	

Riscos de Exposição

( ) FÍSICO:
( ) QUÍMICO:
( ) BIOLÓGICO:
(X)ERGONÔMICO:POSTURA INADEQUADA
( ) ACIDENTE:
( ) SEM RISCOS OCUPACIONAIS ESPECIFICOS.

Exames Complementares

Em observação ao subitem 7.4.1 da norma regulamentadora nº 7, atestamos que o (a) candidato (a) / empregado (a) acima identificado, submeteu-se aos procedimentos médicos abaixo discriminados:

EXAME CLINICO OCUPACIONAL	11/01/2018		

Sobre o (a) mesmo (a) emitimos o seguinte parecer	Observações:
APTO PARA FUNÇÃO (X) INAPTO PARA FUNÇÃO ( ) APTO À TRABALHAR EM ALTURA ( )	

Declaro que estou ciente do resultado dos exames acima e que recebi copia deste Atestado de Saude Ocupacinal Paulo Sergio Pinto Santos Assinatura do (a) Empregado (a)	Salvador, 11 de Janeiro de 2018 Dra. [illegible] Lopes Médica CRM - BA 32756 Médico Examinador

Identificação do Médico Coordenador

Médico Coordenador / Médico do trabalho (a): CRM/BA :
TEL:3035-1035

1ª VIA EMPREGADOR - 2ª VIA EMPREGADO
RECEBI 2ª VIA EM____/____/____
CÓPIA DESTE ASO PODERÁ SER OBTIDA ATÉ 90 (NOVENTA) DIAS APÓS A EMISSÃO

Este documento foi assinado eletronicamente. As assinaturas realizadas estão listadas em sua última página.
Sua autenticidade pode ser verificada no Portal do TCE/BA através do QRCode ou endereço https://www.tce.ba.gov.br/autenticacaocopia, digitando o código de autenticação: GWOTQXNTQ5

GRUPO MAP

RQ.MAP.006		REVISÃO: 02
		PÁGINA: 1/1

TÍTULO: COMUNICADO DE DESLIGAMENTO / AVISO-PRÉVIO

Motivo (com ou sem justa causa): **DISPENSA SEM JUSTA CAUSA**

AVISO PREVIO: **(X) Trabalhado**

Comunicamos ao Sr.(a) **MERCIA DE SOUZA ABREU BONFIM** matricula **00014750**

data de admissão em **06/10/2015** rtador da Carteira de Trabalho nº **2425460** série **0020**

que a partir de **09/09/2017** , seus serviços não serão mais necessários nesta Empresa.

No periodo correspondente ao cumprimento do aviso prévio, conforme CLT Art. 488, a sua jornada de trabalho será prestada da seguinte forma:

( ) duas horas diárias reduzidas da sua jornada de trabalho;

(X) o seu trabalho será dispensado nos últimos sete dias corridos do periodo correspondente ao seu aviso prévio.

Nota 1:O seu ultimo dia trabalhado será **07/10/2017** Após desta data o colaborador deverá entregar o fardamento no dia **09/10/2017**

Caso não seja entregue até esta data, será efetuado o desconto do fardamento na rescisão contratual

Favor apresentar-se na **CLINICA SEMOL** até dia **09/10/2017**

para realizar **EXAME DEMISSIONAL.**

Comparecer no(a) **SINDLIMP - SSA** no dia **18/10/2017** **às 14:00 Hrs,**

munido de **CTPS e ASO DEMISSIONAL** para receber as guias da rescisão contratual.

Lauro de Freitas, 08 DE SETEMBRO DE 2017

MAP SISTEMAS DE SERVIÇOS LTDA

Assinatura do Empregador

DE ACORDO: Mercia de Souza Abreu Bonfim

MERCIA DE SOUZA ABREU BONFIM

TESTEMUNHAS: Assinatura: _____ RG _____

Nome Completo: _____

TESTEMUNHAS: Assinatura: _____ RG _____

Nome Completo: _____

MISSÃO:

Compreender e respeitar a cultura das Organizações Clientes e a individualidade das pessoas para desenvolver serviços personalizados, focados na melhoria da qualidade e da produtividade.

Este documento foi assinado eletronicamente. As assinaturas realizadas estão listadas em sua última página.
Sua autenticidade pode ser verificada no Portal do TCE/BA através do QRCode ou endereço https://www.tce.ba.gov.br/autenticacaocopia, digitando o código de autenticação: GWOTQXNTQ5

Quadro de Assinaturas

Este documento foi assinado eletronicamente por:

Gabriel Peregrino Martins
Servidor da GEPRO - Assinado em 05/04/2018

Sua autenticidade pode ser verificada no Portal do TCE/BA através do QRCode ou endereço https://www.tce.ba.gov.br/autenticacaocopia, digitando o código de autenticação: GWOTQXNTQ5