

FICHA DE REGISTRO				REGISTRO Nº: 555-0002	
DADOS DO EMPREGADOR					
Razão Social / Nome			CNPJ / CEI		
J P P CHAVES E CIA LTDA			29351611000166		
Endereço / Complemento					
MARECHAL DEODORO, 729 - SALA 1					
Bairro		Município / UF		Cep	
CENTRO		CACERES / MT		78210-064	
DADOS DO EMPREGADO					
Nome		Nascimento	Telefone	Município de Nascimento / UF	
FABRICIO TINGO SILVA		25/03/1994	(65) 3223-8090 / (65) 99910-203	Caceres/Mt	
Endereço / Complemento / Bairro			Município / UF		Cep
PELOTAS, 01 - QUADRA 18 - AEROPORTO NOVO			CACERES / MT		78200-000
Beneficiários					
Nome da Mãe			Nome do Pai		
FERNANDA CRISTINE DIAS TINGO			JOSE RONALDO DA SILVA		
Nacionalidade		Estado Civil	R.G.	Grau de Instrução	C.B.O.
10-Brasileiro		1 - Solteiro	21252130 SSP MT	8 - Superior Incomplet	5152-15
C.P.F.		CTPS (Número / Série / UF)	Título Eleitoral	Zona	Seção
052.912.391-66		00065791-0030/MT	032408111805	006	0076
Habilitação		Categoria	Documentação Militar		
06223781663		AB	300242380206		
Cargo / Função		Admissão	Salário (R\$)	Tipo de Pagamento	Hora Mês
AUXILIAR DE LABORATORIO		22/07/2016	1.463,71	1-Mensalista	220.00
FUNDO DE GARANTIA POR TEMPO DE SERVIÇO - F.G.T.S.					
Data de Opção		Banco Depositário			Número da Conta
22/07/2016		104 - Caixa Econômica Federal			0
Horário de Trabalho					
HORÁRIO :Entrada 08:00 Saída 18:00 Intervalo das 12:00 as 14:00					
AOS SÁBADOS :Entrada 08:00 Saída 12:00					
DESCANSO SEMANAL :Domingo					
PROGRAMA DE INTEGRAÇÃO SOCIAL - P.I.S.					
Número do P.I.S.		Banco Depositário		Número da Conta	
16141616756		104 - Caixa Econômica Federal		0	
QUANDO ESTRANGEIRO			RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO		
Reg. Estrangeiro		Casado com Brasileiro		Data de Saída	Homologação Número
Nome do Cônjuge			Tipo de Desligamento		
			00		
Data Chegada ao Brasil		Número de Filhos Brasileiros		Local da Homologação	
Naturalizado?		Decreto Número			
Visto		Vencimento			
Observações					
Assinatura do Empregado na Admissão / Data			Carimbo e Assinatura do Empregador / Data		

ALTERAÇÃO DE SALÁRIO						(HORA - DIA - MÊS)											
Em ____/____/____			R\$. _____			por _____			Em ____/____/____			R\$. _____			por _____		
Em ____/____/____			R\$. _____			por _____			Em ____/____/____			R\$. _____			por _____		
Em ____/____/____			R\$. _____			por _____			Em ____/____/____			R\$. _____			por _____		
Em ____/____/____			R\$. _____			por _____			Em ____/____/____			R\$. _____			por _____		
Em ____/____/____			R\$. _____			por _____			Em ____/____/____			R\$. _____			por _____		
Em ____/____/____			R\$. _____			por _____			Em ____/____/____			R\$. _____			por _____		
Em ____/____/____			R\$. _____			por _____			Em ____/____/____			R\$. _____			por _____		

DATA	ALTERAÇÃO DE CARGO	DATA	ALTERAÇÃO DE CARGO

CONTRIBUIÇÃO SINDICAL			ACIDENTES OU DOENÇAS PROFISSIONAIS	
VALOR	DATA	SINDICATO	Em ____/____/____	Alta em ____/____/____
			Em ____/____/____	Alta em ____/____/____
			Em ____/____/____	Alta em ____/____/____
			Em ____/____/____	Alta em ____/____/____
			Em ____/____/____	Alta em ____/____/____
			Em ____/____/____	Alta em ____/____/____
			Em ____/____/____	Alta em ____/____/____

FÉRIAS CONCEDIDAS					
de ____/____/____	à ____/____/____	referente ao período de ____/____/____	de ____/____/____	à ____/____/____	referente ao período de ____/____/____
de ____/____/____	à ____/____/____	referente ao período de ____/____/____	de ____/____/____	à ____/____/____	referente ao período de ____/____/____
de ____/____/____	à ____/____/____	referente ao período de ____/____/____	de ____/____/____	à ____/____/____	referente ao período de ____/____/____
de ____/____/____	à ____/____/____	referente ao período de ____/____/____	de ____/____/____	à ____/____/____	referente ao período de ____/____/____
de ____/____/____	à ____/____/____	referente ao período de ____/____/____	de ____/____/____	à ____/____/____	referente ao período de ____/____/____
de ____/____/____	à ____/____/____	referente ao período de ____/____/____	de ____/____/____	à ____/____/____	referente ao período de ____/____/____
de ____/____/____	à ____/____/____	referente ao período de ____/____/____	de ____/____/____	à ____/____/____	referente ao período de ____/____/____
de ____/____/____	à ____/____/____	referente ao período de ____/____/____	de ____/____/____	à ____/____/____	referente ao período de ____/____/____

Observações: _____

Recebi os seguintes documentos que me pertencem :

Data da Demissão: _____ de _____ de _____

Assinatura: _____

FICHA DE REGISTRO				REGISTRO Nº: 555-0005	
DADOS DO EMPREGADOR					
Razão Social / Nome			CNPJ / CEI		
J P P CHAVES E CIA LTDA			29351611000166		
Endereço / Complemento					
MARECHAL DEODORO, 729 - SALA 1					
Bairro		Município / UF		Cep	
CENTRO		CACERES / MT		78210-064	
DADOS DO EMPREGADO					
Nome			Nascimento	Telefone	Município de Nascimento / UF
IGOR APARECIDO VIANA DE ALMEIDA EGUES			02/03/1999	(65) 99698-4741	Caceres/Mt
Endereço / Complemento / Bairro				Município / UF	Cep
TABATINGUEIRA, 33 - SAO LOURENCO				CACERES / MT	78200-000
Beneficiários					
Nome da Mãe			Nome do Pai		
IVANIA ROSA VIANA EGUES			SILVANO DE ALMEIDA EGUES		
Nacionalidade	Estado Civil		R.G.	Grau de Instrução	C.B.O.
10-Brasileiro	1 - Solteiro		25794442 SSP MT	8 - Superior Incomplet	5152-15
C.P.F.	CTPS (Número / Série / UF)		Título Eleitoral	Zona	Seção
037.702.951-37	04706404-0050/MT				
Habilitação	Categoria		Documentação Militar		
Cargo / Função	Admissão		Salário (R\$)	Tipo de Pagamento	Hora Mês
AUXILIAR DE LABORATORIO	04/01/2019		1.212,00	1-Mensalista	220.00
FUNDO DE GARANTIA POR TEMPO DE SERVIÇO - F.G.T.S.					
Data de Opção	Banco Depositário				Número da Conta
04/01/2019	104 - Caixa Econômica Federal				0
Horário de Trabalho					
HORÁRIO :Entrada 08:00 Saída 18:00 Intervalo das 12:00 as 14:00					
AOS SÁBADOS :Entrada 08:00 Saída 12:00					
DESCANSO SEMANAL :Domingo					
PROGRAMA DE INTEGRAÇÃO SOCIAL - P.I.S.					
Número do P.I.S.	Banco Depositário		Número da Conta		
20380715508	104 - Caixa Econômica Federal		0		
QUANDO ESTRANGEIRO			RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO		
Reg. Estrangeiro	Casado com Brasileiro		Data de Saída	Homologação Número	
Nome do Cônjuge			Tipo de Desligamento		
			00		
Data Chegada ao Brasil	Número de Filhos Brasileiros		Local da Homologação		
Naturalizado?	Decreto Número				
Visto	Vencimento				
Observações					
Assinatura do Empregado na Admissão / Data			Carimbo e Assinatura do Empregador / Data		

ALTERAÇÃO DE SALÁRIO						(HORA - DIA - MÊS)											
Em ____/____/____			R\$. _____			por _____			Em ____/____/____			R\$. _____			por _____		
Em ____/____/____			R\$. _____			por _____			Em ____/____/____			R\$. _____			por _____		
Em ____/____/____			R\$. _____			por _____			Em ____/____/____			R\$. _____			por _____		
Em ____/____/____			R\$. _____			por _____			Em ____/____/____			R\$. _____			por _____		
Em ____/____/____			R\$. _____			por _____			Em ____/____/____			R\$. _____			por _____		
Em ____/____/____			R\$. _____			por _____			Em ____/____/____			R\$. _____			por _____		
Em ____/____/____			R\$. _____			por _____			Em ____/____/____			R\$. _____			por _____		

DATA	ALTERAÇÃO DE CARGO	DATA	ALTERAÇÃO DE CARGO

CONTRIBUIÇÃO SINDICAL			ACIDENTES OU DOENÇAS PROFISSIONAIS	
VALOR	DATA	SINDICATO	Em ____/____/____	Alta em ____/____/____
			Em ____/____/____	Alta em ____/____/____
			Em ____/____/____	Alta em ____/____/____
			Em ____/____/____	Alta em ____/____/____
			Em ____/____/____	Alta em ____/____/____
			Em ____/____/____	Alta em ____/____/____
			Em ____/____/____	Alta em ____/____/____

FÉRIAS CONCEDIDAS					
de ____/____/____	à ____/____/____	referente ao período de ____/____/____	de ____/____/____	à ____/____/____	referente ao período de ____/____/____
de ____/____/____	à ____/____/____	referente ao período de ____/____/____	de ____/____/____	à ____/____/____	referente ao período de ____/____/____
de ____/____/____	à ____/____/____	referente ao período de ____/____/____	de ____/____/____	à ____/____/____	referente ao período de ____/____/____
de ____/____/____	à ____/____/____	referente ao período de ____/____/____	de ____/____/____	à ____/____/____	referente ao período de ____/____/____
de ____/____/____	à ____/____/____	referente ao período de ____/____/____	de ____/____/____	à ____/____/____	referente ao período de ____/____/____
de ____/____/____	à ____/____/____	referente ao período de ____/____/____	de ____/____/____	à ____/____/____	referente ao período de ____/____/____
de ____/____/____	à ____/____/____	referente ao período de ____/____/____	de ____/____/____	à ____/____/____	referente ao período de ____/____/____
de ____/____/____	à ____/____/____	referente ao período de ____/____/____	de ____/____/____	à ____/____/____	referente ao período de ____/____/____

Observações: _____

Recebi os seguintes documentos que me pertencem :

Data da Demissão: _____ de _____ de _____

Assinatura: _____

FICHA DE REGISTRO				REGISTRO Nº: 555-0010	
DADOS DO EMPREGADOR					
Razão Social / Nome			CNPJ / CEI		
J P P CHAVES E CIA LTDA			29351611000166		
Endereço / Complemento					
MARECHAL DEODORO, 729 - SALA 1					
Bairro		Município / UF		Cep	
CENTRO		CACERES / MT		78210-064	
DADOS DO EMPREGADO					
Nome		Nascimento	Telefone	Município de Nascimento / UF	
ANA CRISTINA DE ALCANTARA		23/04/1981	(65) 3224-2448	Caceres/Mt	
Endereço / Complemento / Bairro			Município / UF		Cep
D, 31 - COHAB VELHA			CACERES / MT		78210-460
Beneficiários					
AMANDA DE ALCANTARA ZARATE LOPES - Filho					
Nome da Mãe			Nome do Pai		
MARIA JOSE DE ALCANTARA			NADA CONSTA		
Nacionalidade	Estado Civil	R.G.	Grau de Instrução	C.B.O.	
10-Brasileiro	5 - Outros	11843519 SSP MT	8 - Superior Incomplet	3515-05	
C.P.F.	CTPS (Número / Série / UF)	Título Eleitoral	Zona	Seção	
937.851.431-68	00045151-00011/MT	021003911821	006	0079	
Habilitação	Categoria	Documentação Militar			
Cargo / Função	Admissão	Salário (R\$)	Tipo de Pagamento	Hora Mês	
SECRETARIA	07/01/2021	1.353,58	1-Mensalista	220.00	
FUNDO DE GARANTIA POR TEMPO DE SERVIÇO - F.G.T.S.					
Data de Opção	Banco Depositário			Número da Conta	
07/01/2021	104 - Caixa Econômica Federal			0	
Horário de Trabalho					
HORÁRIO :Entrada 08:00 Saída 18:00 Intervalo das 12:00 as 14:00					
AOS SÁBADOS :Entrada 08:00 Saída 12:00					
DESCANSO SEMANAL :Domingo					
PROGRAMA DE INTEGRAÇÃO SOCIAL - P.I.S.					
Número do P.I.S.	Banco Depositário	Número da Conta			
12779069408	104 - Caixa Econômica Federal	0			
QUANDO ESTRANGEIRO			RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO		
Reg. Estrangeiro	Casado com Brasileiro	Data de Saída	Homologação Número		
Nome do Cônjuge		Tipo de Desligamento			
		00			
Data Chegada ao Brasil	Número de Filhos Brasileiros	Local da Homologação			
Naturalizado?	Decreto Número				
Visto	Vencimento				
Observações					
Assinatura do Empregado na Admissão / Data			Carimbo e Assinatura do Empregador / Data		

ALTERAÇÃO DE SALÁRIO						(HORA - DIA - MÊS)					
Em ____/____/____			R\$. _____ por _____			Em ____/____/____			R\$. _____ por _____		
Em ____/____/____			R\$. _____ por _____			Em ____/____/____			R\$. _____ por _____		
Em ____/____/____			R\$. _____ por _____			Em ____/____/____			R\$. _____ por _____		
Em ____/____/____			R\$. _____ por _____			Em ____/____/____			R\$. _____ por _____		
Em ____/____/____			R\$. _____ por _____			Em ____/____/____			R\$. _____ por _____		
Em ____/____/____			R\$. _____ por _____			Em ____/____/____			R\$. _____ por _____		
Em ____/____/____			R\$. _____ por _____			Em ____/____/____			R\$. _____ por _____		

DATA	ALTERAÇÃO DE CARGO	DATA	ALTERAÇÃO DE CARGO

CONTRIBUIÇÃO SINDICAL			ACIDENTES OU DOENÇAS PROFISSIONAIS	
VALOR	DATA	SINDICATO	Em ____/____/____	Alta em ____/____/____
			Em ____/____/____	Alta em ____/____/____
			Em ____/____/____	Alta em ____/____/____
			Em ____/____/____	Alta em ____/____/____
			Em ____/____/____	Alta em ____/____/____
			Em ____/____/____	Alta em ____/____/____
			Em ____/____/____	Alta em ____/____/____

FÉRIAS CONCEDIDAS					
de ____/____/____	à ____/____/____	referente ao período de ____/____/____	de ____/____/____	à ____/____/____	referente ao período de ____/____/____
de ____/____/____	à ____/____/____	referente ao período de ____/____/____	de ____/____/____	à ____/____/____	referente ao período de ____/____/____
de ____/____/____	à ____/____/____	referente ao período de ____/____/____	de ____/____/____	à ____/____/____	referente ao período de ____/____/____
de ____/____/____	à ____/____/____	referente ao período de ____/____/____	de ____/____/____	à ____/____/____	referente ao período de ____/____/____
de ____/____/____	à ____/____/____	referente ao período de ____/____/____	de ____/____/____	à ____/____/____	referente ao período de ____/____/____
de ____/____/____	à ____/____/____	referente ao período de ____/____/____	de ____/____/____	à ____/____/____	referente ao período de ____/____/____
de ____/____/____	à ____/____/____	referente ao período de ____/____/____	de ____/____/____	à ____/____/____	referente ao período de ____/____/____
de ____/____/____	à ____/____/____	referente ao período de ____/____/____	de ____/____/____	à ____/____/____	referente ao período de ____/____/____

Observações: _____

Recebi os seguintes documentos que me pertencem :

Data da Demissão: _____ de _____ de _____

Assinatura: _____

FICHA DE REGISTRO				REGISTRO Nº: 555-0013	
DADOS DO EMPREGADOR					
Razão Social / Nome			CNPJ / CEI		
J P P CHAVES E CIA LTDA			29351611000166		
Endereço / Complemento					
MARECHAL DEODORO, 729 - SALA 1					
Bairro		Município / UF		Cep	
CENTRO		CACERES / MT		78210-064	
DADOS DO EMPREGADO					
Nome		Nascimento	Telefone	Município de Nascimento / UF	
LIDIA DURAO GOMES		15/03/2001	(65) 99679-9255	Caceres/Mt	
Endereço / Complemento / Bairro			Município / UF		Cep
DAS ANDORINHAS, 106 - CIDADE ALTA			CACERES / MT		78210-500
Beneficiários					
Nome da Mãe			Nome do Pai		
LILIANE DURAO GOMES			ELI GOMES		
Nacionalidade		Estado Civil	R.G.	Grau de Instrução	C.B.O.
10-Brasileiro		1 - Solteiro	27828859 SSP MT	7 - 2º Grau Completo	3515-05
C.P.F.		CTPS (Número / Série / UF)	Título Eleitoral	Zona	Seção
043.392.951-08		09868481-0050/MT	035767261805	006	0042
Habilitação		Categoria	Documentação Militar		
Cargo / Função		Admissão	Salário (R\$)	Tipo de Pagamento	Hora Mês
SECRETARIA		23/11/2021	1.212,00	1-Mensalista	220.00
FUNDO DE GARANTIA POR TEMPO DE SERVIÇO - F.G.T.S.					
Data de Opção		Banco Depositário			Número da Conta
23/11/2021		104 - Caixa Econômica Federal			0
Horário de Trabalho					
HORÁRIO :Entrada 08:00 Saída 18:00 Intervalo das 12:00 as 14:00					
AOS SÁBADOS :Entrada 08:00 Saída 12:00					
DESCANSO SEMANAL :Domingo					
PROGRAMA DE INTEGRAÇÃO SOCIAL - P.I.S.					
Número do P.I.S.		Banco Depositário		Número da Conta	
16512893817		104 - Caixa Econômica Federal		0	
QUANDO ESTRANGEIRO			RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO		
Reg. Estrangeiro		Casado com Brasileiro		Data de Saída	Homologação Número
Nome do Cônjuge			Tipo de Desligamento		
			00		
Data Chegada ao Brasil		Número de Filhos Brasileiros		Local da Homologação	
Naturalizado?		Decreto Número			
Visto		Vencimento			
Observações					
Assinatura do Empregado na Admissão / Data			Carimbo e Assinatura do Empregador / Data		

ALTERAÇÃO DE SALÁRIO						(HORA - DIA - MÊS)											
Em ____/____/____			R\$. _____			por _____			Em ____/____/____			R\$. _____			por _____		
Em ____/____/____			R\$. _____			por _____			Em ____/____/____			R\$. _____			por _____		
Em ____/____/____			R\$. _____			por _____			Em ____/____/____			R\$. _____			por _____		
Em ____/____/____			R\$. _____			por _____			Em ____/____/____			R\$. _____			por _____		
Em ____/____/____			R\$. _____			por _____			Em ____/____/____			R\$. _____			por _____		
Em ____/____/____			R\$. _____			por _____			Em ____/____/____			R\$. _____			por _____		
Em ____/____/____			R\$. _____			por _____			Em ____/____/____			R\$. _____			por _____		

DATA	ALTERAÇÃO DE CARGO	DATA	ALTERAÇÃO DE CARGO

CONTRIBUIÇÃO SINDICAL			ACIDENTES OU DOENÇAS PROFISSIONAIS	
VALOR	DATA	SINDICATO	Em ____/____/____	Alta em ____/____/____
			Em ____/____/____	Alta em ____/____/____
			Em ____/____/____	Alta em ____/____/____
			Em ____/____/____	Alta em ____/____/____
			Em ____/____/____	Alta em ____/____/____
			Em ____/____/____	Alta em ____/____/____
			Em ____/____/____	Alta em ____/____/____

FÉRIAS CONCEDIDAS					
de ____/____/____	à ____/____/____	referente ao período de ____/____/____	de ____/____/____	à ____/____/____	referente ao período de ____/____/____
de ____/____/____	à ____/____/____	referente ao período de ____/____/____	de ____/____/____	à ____/____/____	referente ao período de ____/____/____
de ____/____/____	à ____/____/____	referente ao período de ____/____/____	de ____/____/____	à ____/____/____	referente ao período de ____/____/____
de ____/____/____	à ____/____/____	referente ao período de ____/____/____	de ____/____/____	à ____/____/____	referente ao período de ____/____/____
de ____/____/____	à ____/____/____	referente ao período de ____/____/____	de ____/____/____	à ____/____/____	referente ao período de ____/____/____
de ____/____/____	à ____/____/____	referente ao período de ____/____/____	de ____/____/____	à ____/____/____	referente ao período de ____/____/____
de ____/____/____	à ____/____/____	referente ao período de ____/____/____	de ____/____/____	à ____/____/____	referente ao período de ____/____/____
de ____/____/____	à ____/____/____	referente ao período de ____/____/____	de ____/____/____	à ____/____/____	referente ao período de ____/____/____

Observações: _____

Recebi os seguintes documentos que me pertencem :

Data da Demissão: _____ de _____ de _____

Assinatura: _____

FICHA DE REGISTRO				REGISTRO Nº: 555-0014	
DADOS DO EMPREGADOR					
Razão Social / Nome			CNPJ / CEI		
J P P CHAVES E CIA LTDA			29351611000166		
Endereço / Complemento					
MARECHAL DEODORO, 729 - SALA 1					
Bairro		Município / UF		Cep	
CENTRO		CACERES / MT		78210-064	
DADOS DO EMPREGADO					
Nome		Nascimento	Telefone	Município de Nascimento / UF	
JOAO VICTOR ROSA MAGALHAES		13/12/1998	(65) 99949-3942	Caceres/Mt	
Endereço / Complemento / Bairro			Município / UF		Cep
TABATINGUEIRA, 0 - SAO LOURENCO			CACERES / MT		78200-562
Beneficiários					
Nome da Mãe			Nome do Pai		
NEREIDE ROSA			OSMAR DE OLIVEIRA MAGALHAES		
Nacionalidade		Estado Civil	R.G.	Grau de Instrução	C.B.O.
10-Brasileiro		1 - Solteiro	2417258-8 SSP MT	7 - 2º Grau Completo	5152-15
C.P.F.		CTPS (Número / Série / UF)	Título Eleitoral	Zona	Seção
061.777.951-10		00039121-00027/MT	034909951880	006	0276
Habilitação		Categoria	Documentação Militar		
07025699520		AB	300242436420		
Cargo / Função		Admissão	Salário (R\$)	Tipo de Pagamento	Hora Mês
AUXILIAR DE LABORATORIO		12/01/2022	1.212,00	1-Mensalista	220.00
FUNDO DE GARANTIA POR TEMPO DE SERVIÇO - F.G.T.S.					
Data de Opção		Banco Depositário			Número da Conta
12/01/2022		104 - Caixa Econômica Federal			0
Horário de Trabalho					
HORÁRIO :Entrada 08:00 Saída 18:00 Intervalo das 11:00 as 13:00					
AOS SÁBADOS :Entrada 08:00 Saída 12:00					
DESCANSO SEMANAL :Domingo					
PROGRAMA DE INTEGRAÇÃO SOCIAL - P.I.S.					
Número do P.I.S.		Banco Depositário		Número da Conta	
16226021412		104 - Caixa Econômica Federal		0	
QUANDO ESTRANGEIRO			RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO		
Reg. Estrangeiro		Casado com Brasileiro		Data de Saída	Homologação Número
Nome do Cônjuge			Tipo de Desligamento		
			00		
Data Chegada ao Brasil		Número de Filhos Brasileiros		Local da Homologação	
Naturalizado?		Decreto Número			
Visto		Vencimento			
Observações					
Assinatura do Empregado na Admissão / Data			Carimbo e Assinatura do Empregador / Data		

ALTERAÇÃO DE SALÁRIO						(HORA - DIA - MÊS)											
Em ____/____/____			R\$. _____			por _____			Em ____/____/____			R\$. _____			por _____		
Em ____/____/____			R\$. _____			por _____			Em ____/____/____			R\$. _____			por _____		
Em ____/____/____			R\$. _____			por _____			Em ____/____/____			R\$. _____			por _____		
Em ____/____/____			R\$. _____			por _____			Em ____/____/____			R\$. _____			por _____		
Em ____/____/____			R\$. _____			por _____			Em ____/____/____			R\$. _____			por _____		
Em ____/____/____			R\$. _____			por _____			Em ____/____/____			R\$. _____			por _____		
Em ____/____/____			R\$. _____			por _____			Em ____/____/____			R\$. _____			por _____		

DATA	ALTERAÇÃO DE CARGO	DATA	ALTERAÇÃO DE CARGO

CONTRIBUIÇÃO SINDICAL			ACIDENTES OU DOENÇAS PROFISSIONAIS	
VALOR	DATA	SINDICATO	Em ____/____/____	Alta em ____/____/____
			Em ____/____/____	Alta em ____/____/____
			Em ____/____/____	Alta em ____/____/____
			Em ____/____/____	Alta em ____/____/____
			Em ____/____/____	Alta em ____/____/____
			Em ____/____/____	Alta em ____/____/____
			Em ____/____/____	Alta em ____/____/____

FÉRIAS CONCEDIDAS					
de ____/____/____	à ____/____/____	referente ao período de ____/____/____	de ____/____/____	à ____/____/____	referente ao período de ____/____/____
de ____/____/____	à ____/____/____	referente ao período de ____/____/____	de ____/____/____	à ____/____/____	referente ao período de ____/____/____
de ____/____/____	à ____/____/____	referente ao período de ____/____/____	de ____/____/____	à ____/____/____	referente ao período de ____/____/____
de ____/____/____	à ____/____/____	referente ao período de ____/____/____	de ____/____/____	à ____/____/____	referente ao período de ____/____/____
de ____/____/____	à ____/____/____	referente ao período de ____/____/____	de ____/____/____	à ____/____/____	referente ao período de ____/____/____
de ____/____/____	à ____/____/____	referente ao período de ____/____/____	de ____/____/____	à ____/____/____	referente ao período de ____/____/____
de ____/____/____	à ____/____/____	referente ao período de ____/____/____	de ____/____/____	à ____/____/____	referente ao período de ____/____/____
de ____/____/____	à ____/____/____	referente ao período de ____/____/____	de ____/____/____	à ____/____/____	referente ao período de ____/____/____

Observações: _____

Recebi os seguintes documentos que me pertencem :

Data da Demissão: _____ de _____ de _____

Assinatura: _____

FICHA DE REGISTRO				REGISTRO Nº: 555-0015	
DADOS DO EMPREGADOR					
Razão Social / Nome			CNPJ / CEI		
J P P CHAVES E CIA LTDA			29351611000166		
Endereço / Complemento					
MARECHAL DEODORO, 729 - SALA 1					
Bairro		Município / UF		Cep	
CENTRO		CACERES / MT		78210-064	
DADOS DO EMPREGADO					
Nome			Nascimento	Telefone	Município de Nascimento / UF
JENIFFER LEMES DA SILVA BASSAN			11/07/1997		Caceres/Mt
Endereço / Complemento / Bairro				Município / UF	Cep
DOS TUCANOS, 0 - QUADRA C LOTE 02 - SANTA ISABEL				CACERES / MT	78205-760
Beneficiários					
ANA SOPHIA BASSAN COSTA FERRAZ - Filha					
Nome da Mãe			Nome do Pai		
IARA LEMES DA SILVA BASSAN			AGOSTINHO DE OLIVEIRA BASSAN		
Nacionalidade		Estado Civil	R.G.	Grau de Instrução	C.B.O.
10-Brasileiro		1 - Solteiro	3016777-9 SSP MT	7 - 2º Grau Completo	3515-05
C.P.F.		CTPS (Número / Série / UF)	Título Eleitoral	Zona	Seção
047.820.241-50		00024333-173/RJ	034910961848	006	0374
Habilitação		Categoria	Documentação Militar		
Cargo / Função		Admissão	Salário (R\$)	Tipo de Pagamento	Hora Mês
SECRETARIA		01/02/2022	1.212,00	1-Mensalista	220.00
FUNDO DE GARANTIA POR TEMPO DE SERVIÇO - F.G.T.S.					
Data de Opção		Banco Depositário			Número da Conta
01/02/2022		104 - Caixa Econômica Federal			0
Horário de Trabalho					
HORÁRIO :Entrada 08:00 Saída 18:00 Intervalo das 12:00 as 14:00					
AOS SÁBADOS :Entrada 08:00 Saída 12:00					
DESCANSO SEMANAL :Domingo					
PROGRAMA DE INTEGRAÇÃO SOCIAL - P.I.S.					
Número do P.I.S.		Banco Depositário		Número da Conta	
23733211746		104 - Caixa Econômica Federal		0	
QUANDO ESTRANGEIRO			RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO		
Reg. Estrangeiro		Casado com Brasileiro		Data de Saída	Homologação Número
Nome do Cônjuge			Tipo de Desligamento		
			00		
Data Chegada ao Brasil		Número de Filhos Brasileiros		Local da Homologação	
Naturalizado?		Decreto Número			
Visto		Vencimento			
Observações					
Assinatura do Empregado na Admissão / Data			Carimbo e Assinatura do Empregador / Data		

ALTERAÇÃO DE SALÁRIO						(HORA - DIA - MÊS)					
Em ____/____/____			R\$. _____ por _____			Em ____/____/____			R\$. _____ por _____		
Em ____/____/____			R\$. _____ por _____			Em ____/____/____			R\$. _____ por _____		
Em ____/____/____			R\$. _____ por _____			Em ____/____/____			R\$. _____ por _____		
Em ____/____/____			R\$. _____ por _____			Em ____/____/____			R\$. _____ por _____		
Em ____/____/____			R\$. _____ por _____			Em ____/____/____			R\$. _____ por _____		
Em ____/____/____			R\$. _____ por _____			Em ____/____/____			R\$. _____ por _____		
Em ____/____/____			R\$. _____ por _____			Em ____/____/____			R\$. _____ por _____		

DATA	ALTERAÇÃO DE CARGO	DATA	ALTERAÇÃO DE CARGO

CONTRIBUIÇÃO SINDICAL			ACIDENTES OU DOENÇAS PROFISSIONAIS	
VALOR	DATA	SINDICATO	Em ____/____/____	Alta em ____/____/____
			Em ____/____/____	Alta em ____/____/____
			Em ____/____/____	Alta em ____/____/____
			Em ____/____/____	Alta em ____/____/____
			Em ____/____/____	Alta em ____/____/____
			Em ____/____/____	Alta em ____/____/____
			Em ____/____/____	Alta em ____/____/____

FÉRIAS CONCEDIDAS					
de ____/____/____	à ____/____/____	referente ao período de ____/____/____	de ____/____/____	à ____/____/____	referente ao período de ____/____/____
de ____/____/____	à ____/____/____	referente ao período de ____/____/____	de ____/____/____	à ____/____/____	referente ao período de ____/____/____
de ____/____/____	à ____/____/____	referente ao período de ____/____/____	de ____/____/____	à ____/____/____	referente ao período de ____/____/____
de ____/____/____	à ____/____/____	referente ao período de ____/____/____	de ____/____/____	à ____/____/____	referente ao período de ____/____/____
de ____/____/____	à ____/____/____	referente ao período de ____/____/____	de ____/____/____	à ____/____/____	referente ao período de ____/____/____
de ____/____/____	à ____/____/____	referente ao período de ____/____/____	de ____/____/____	à ____/____/____	referente ao período de ____/____/____
de ____/____/____	à ____/____/____	referente ao período de ____/____/____	de ____/____/____	à ____/____/____	referente ao período de ____/____/____
de ____/____/____	à ____/____/____	referente ao período de ____/____/____	de ____/____/____	à ____/____/____	referente ao período de ____/____/____

Observações: _____

Recebi os seguintes documentos que me pertencem :

Data da Demissão: _____ de _____ de _____

Assinatura: _____

FICHA DE REGISTRO				REGISTRO Nº: 555-0018	
DADOS DO EMPREGADOR					
Razão Social / Nome			CNPJ / CEI		
J P P CHAVES E CIA LTDA			29351611000166		
Endereço / Complemento					
MARECHAL DEODORO, 729 - SALA 1					
Bairro		Município / UF		Cep	
CENTRO		CACERES / MT		78210-064	
DADOS DO EMPREGADO					
Nome		Nascimento	Telefone	Município de Nascimento / UF	
LUANA GREGORIO PEREIRA		16/06/1992	(65) 99601-3195	Caceres/Mt	
Endereço / Complemento / Bairro			Município / UF		Cep
POMPEU DE BARROS, 00 - COHAB NOVA			CACERES / MT		78217-462
Beneficiários					
Nome da Mãe			Nome do Pai		
ELIZABETE GREGORIO DO NACIMENTO			MANOEL PEREIRA DO NACIMENTO		
Nacionalidade		Estado Civil	R.G.	Grau de Instrução	C.B.O.
10-Brasileiro		1 - Solteiro	23281618 SSP MT	7 - 2º Grau Completo	5143-20
C.P.F.		CTPS (Número / Série / UF)	Título Eleitoral	Zona	Seção
042.513.701-55		00898124-0030/MT	032402341813	006	0327
Habilitação		Categoria	Documentação Militar		
Cargo / Função		Admissão	Salário (R\$)	Tipo de Pagamento	Hora Mês
AUXILIAR DE LIMPEZA		19/04/2022	1.212,00	1-Mensalista	220.00
FUNDO DE GARANTIA POR TEMPO DE SERVIÇO - F.G.T.S.					
Data de Opção		Banco Depositário			Número da Conta
19/04/2022		104 - Caixa Econômica Federal			0
Horário de Trabalho					
HORÁRIO :Entrada 08:00 Saída 18:00 Intervalo das 11:00 as 13:00					
AOS SÁBADOS :Entrada 08:00 Saída 12:00					
DESCANSO SEMANAL :Domingo					
PROGRAMA DE INTEGRAÇÃO SOCIAL - P.I.S.					
Número do P.I.S.		Banco Depositário		Número da Conta	
13272968406		104 - Caixa Econômica Federal		0	
QUANDO ESTRANGEIRO			RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO		
Reg. Estrangeiro		Casado com Brasileiro		Data de Saída	Homologação Número
Nome do Cônjuge			Tipo de Desligamento		
			00		
Data Chegada ao Brasil		Número de Filhos Brasileiros		Local da Homologação	
Naturalizado?		Decreto Número			
Visto		Vencimento			
Observações					
Assinatura do Empregado na Admissão / Data			Carimbo e Assinatura do Empregador / Data		

ALTERAÇÃO DE SALÁRIO						(HORA - DIA - MÊS)					
Em ____/____/____			R\$. _____ por _____			Em ____/____/____			R\$. _____ por _____		
Em ____/____/____			R\$. _____ por _____			Em ____/____/____			R\$. _____ por _____		
Em ____/____/____			R\$. _____ por _____			Em ____/____/____			R\$. _____ por _____		
Em ____/____/____			R\$. _____ por _____			Em ____/____/____			R\$. _____ por _____		
Em ____/____/____			R\$. _____ por _____			Em ____/____/____			R\$. _____ por _____		
Em ____/____/____			R\$. _____ por _____			Em ____/____/____			R\$. _____ por _____		
Em ____/____/____			R\$. _____ por _____			Em ____/____/____			R\$. _____ por _____		

DATA	ALTERAÇÃO DE CARGO	DATA	ALTERAÇÃO DE CARGO

CONTRIBUIÇÃO SINDICAL			ACIDENTES OU DOENÇAS PROFISSIONAIS	
VALOR	DATA	SINDICATO	Em ____/____/____	Alta em ____/____/____
			Em ____/____/____	Alta em ____/____/____
			Em ____/____/____	Alta em ____/____/____
			Em ____/____/____	Alta em ____/____/____
			Em ____/____/____	Alta em ____/____/____
			Em ____/____/____	Alta em ____/____/____
			Em ____/____/____	Alta em ____/____/____

FÉRIAS CONCEDIDAS					
de ____/____/____	à ____/____/____	referente ao período de ____/____/____	de ____/____/____	à ____/____/____	referente ao período de ____/____/____
de ____/____/____	à ____/____/____	referente ao período de ____/____/____	de ____/____/____	à ____/____/____	referente ao período de ____/____/____
de ____/____/____	à ____/____/____	referente ao período de ____/____/____	de ____/____/____	à ____/____/____	referente ao período de ____/____/____
de ____/____/____	à ____/____/____	referente ao período de ____/____/____	de ____/____/____	à ____/____/____	referente ao período de ____/____/____
de ____/____/____	à ____/____/____	referente ao período de ____/____/____	de ____/____/____	à ____/____/____	referente ao período de ____/____/____
de ____/____/____	à ____/____/____	referente ao período de ____/____/____	de ____/____/____	à ____/____/____	referente ao período de ____/____/____
de ____/____/____	à ____/____/____	referente ao período de ____/____/____	de ____/____/____	à ____/____/____	referente ao período de ____/____/____
de ____/____/____	à ____/____/____	referente ao período de ____/____/____	de ____/____/____	à ____/____/____	referente ao período de ____/____/____

Observações: _____

Recebi os seguintes documentos que me pertencem :

Data da Demissão: _____ de _____ de _____

Assinatura: _____

FICHA DE REGISTRO				REGISTRO Nº: 555-0019	
DADOS DO EMPREGADOR					
Razão Social / Nome			CNPJ / CEI		
J P P CHAVES E CIA LTDA			29351611000166		
Endereço / Complemento					
MARECHAL DEODORO, 729 - SALA 1					
Bairro		Município / UF		Cep	
CENTRO		CACERES / MT		78210-064	
DADOS DO EMPREGADO					
Nome		Nascimento	Telefone	Município de Nascimento / UF	
VITOR MOURA LAETE		24/06/1993	(11) 93282-6663	Caceres/Mt	
Endereço / Complemento / Bairro			Município / UF		Cep
DOS CAMPOS, 71 - COHAB VELHA			CACERES / MT		78210-454
Beneficiários					
DANIEL LUKAS VIANA DE ALMEIDA LAETE - Filho					
Nome da Mãe			Nome do Pai		
ANA LUCIA RODRIGUES DE MOURA			NATANAEL LUCAS LAETE		
Nacionalidade		Estado Civil	R.G.	Grau de Instrução	C.B.O.
10-Brasileiro		1 - Solteiro	31890571 SSP MT	7 - 2º Grau Completo	1421-05
C.P.F.		CTPS (Número / Série / UF)	Título Eleitoral	Zona	Seção
416.482.088-86		00066309-00367/MT	032757751813	006	0303
Habilitação		Categoria	Documentação Militar		
Cargo / Função		Admissão	Salário (R\$)	Tipo de Pagamento	Hora Mês
GERENTE ADMINISTRATIVO		27/04/2022	4.113,00	1-Mensalista	220.00
FUNDO DE GARANTIA POR TEMPO DE SERVIÇO - F.G.T.S.					
Data de Opção		Banco Depositário			Número da Conta
27/04/2022		104 - Caixa Econômica Federal			0
Horário de Trabalho					
HORÁRIO :Entrada 08:00 Saída 18:00 Intervalo das 11:00 as 13:00					
AOS SÁBADOS :Entrada 08:00 Saída 12:00					
DESCANSO SEMANAL :Domingo					
PROGRAMA DE INTEGRAÇÃO SOCIAL - P.I.S.					
Número do P.I.S.		Banco Depositário		Número da Conta	
21071804253		104 - Caixa Econômica Federal		0	
QUANDO ESTRANGEIRO			RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO		
Reg. Estrangeiro		Casado com Brasileiro		Data de Saída	Homologação Número
Nome do Cônjuge			Tipo de Desligamento		
			00		
Data Chegada ao Brasil		Número de Filhos Brasileiros		Local da Homologação	
Naturalizado?		Decreto Número			
Visto		Vencimento			
Observações					
Assinatura do Empregado na Admissão / Data			Carimbo e Assinatura do Empregador / Data		

ALTERAÇÃO DE SALÁRIO						(HORA - DIA - MÊS)											
Em ____/____/____			R\$. _____			por _____			Em ____/____/____			R\$. _____			por _____		
Em ____/____/____			R\$. _____			por _____			Em ____/____/____			R\$. _____			por _____		
Em ____/____/____			R\$. _____			por _____			Em ____/____/____			R\$. _____			por _____		
Em ____/____/____			R\$. _____			por _____			Em ____/____/____			R\$. _____			por _____		
Em ____/____/____			R\$. _____			por _____			Em ____/____/____			R\$. _____			por _____		
Em ____/____/____			R\$. _____			por _____			Em ____/____/____			R\$. _____			por _____		
Em ____/____/____			R\$. _____			por _____			Em ____/____/____			R\$. _____			por _____		

DATA	ALTERAÇÃO DE CARGO	DATA	ALTERAÇÃO DE CARGO

CONTRIBUIÇÃO SINDICAL			ACIDENTES OU DOENÇAS PROFISSIONAIS	
VALOR	DATA	SINDICATO	Em ____/____/____	Alta em ____/____/____
			Em ____/____/____	Alta em ____/____/____
			Em ____/____/____	Alta em ____/____/____
			Em ____/____/____	Alta em ____/____/____
			Em ____/____/____	Alta em ____/____/____
			Em ____/____/____	Alta em ____/____/____
			Em ____/____/____	Alta em ____/____/____

FÉRIAS CONCEDIDAS					
de ____/____/____	à ____/____/____	referente ao período de ____/____/____	de ____/____/____	à ____/____/____	referente ao período de ____/____/____
de ____/____/____	à ____/____/____	referente ao período de ____/____/____	de ____/____/____	à ____/____/____	referente ao período de ____/____/____
de ____/____/____	à ____/____/____	referente ao período de ____/____/____	de ____/____/____	à ____/____/____	referente ao período de ____/____/____
de ____/____/____	à ____/____/____	referente ao período de ____/____/____	de ____/____/____	à ____/____/____	referente ao período de ____/____/____
de ____/____/____	à ____/____/____	referente ao período de ____/____/____	de ____/____/____	à ____/____/____	referente ao período de ____/____/____
de ____/____/____	à ____/____/____	referente ao período de ____/____/____	de ____/____/____	à ____/____/____	referente ao período de ____/____/____
de ____/____/____	à ____/____/____	referente ao período de ____/____/____	de ____/____/____	à ____/____/____	referente ao período de ____/____/____
de ____/____/____	à ____/____/____	referente ao período de ____/____/____	de ____/____/____	à ____/____/____	referente ao período de ____/____/____

Observações: _____

Recebi os seguintes documentos que me pertencem :

Data da Demissão: _____ de _____ de _____

Assinatura: _____