



## Dados Básicos

<b>Serviço</b> Certidão de Tempo de Contribuição	<b>Status</b> Concluída	<b>Prioridade</b> Normal
<b>Unidade de Protocolo</b> SEÇÃO DE ATENDIMENTO	<b>Data de entrada do requerimento</b> 03/01/2018 10:41	<b>Canal de atendimento</b> Módulo de Tarefas
	<b>Última atualização</b> 18/07/2018 10:12	

## Endereço para atendimento:

A tarefa não possui endereço para atendimento externo.

## Campos adicionais:

A tarefa não possui campos adicionais.

## Interessados

CPF	Nome Completo	Data Nascimento	Nome Completo da Mãe
433.916.309-06	ROBNEI SILVA	25/12/1961	BEATRIZ SIGNOBERTO SILVA

## Procuradores / Representantes Legais

A tarefa não possui procuradores / representantes legais.

## Instituidores

A tarefa não possui instituidores.

## Anexos

ID	Nome do Arquivo	Descrição do Arquivo	Tamanho	Enviado Por	Autenticado?
2256421	RobneiSilva43391630906Originais.pdf	ORIGINAIS	1,05MB	2396783 - 03/01/2018 10:39	Sim
156290358 - Certidão de Tempo de Contribuição (Tarefa principal)					
2256422	RobneiSilva43391630906OriginaisDI.pdf	ORIGINAIS DI	82,31kB	2396783 - 03/01/2018 10:39	Sim
156290358 - Certidão de Tempo de Contribuição (Tarefa principal)					
3406203	RobneiSilva43391630906.pdf	TERCEIROS - Inclusão de documentos	3,71MB	2396783 - 06/02/2018 17:43	Não
156290358 - Certidão de Tempo de Contribuição (Tarefa principal)					
9178177	TELEGRAMA.pdf		153,90kB	1525388 - 05/06/2018 16:04	Não
156290358 - Certidão de Tempo de Contribuição (Tarefa principal)					
11466694	INDEFERIDO.pdf		157,88kB	1525388 - 18/07/2018 10:11	Não
156290358 - Certidão de Tempo de Contribuição (Tarefa principal)					



Você pode conferir a autenticidade do documento em  
<https://meu.inss.gov.br/central/#/autenticidade>  
com o código 220316J7YSIB30



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

REQUERIMENTO DE BENEFÍCIO ou CTC

EU: **ROBNEI SILVA**

CPF: **43391630906**

Tel: (67) 992964738

Tel: (67) 30254738

Endereço: RUA JATAI, 41, NOVA BANDEIRANTES - CEP: 79006790

Escolaridade: SUPERIOR COMPLETO

Cor/Raça: NÃO DECLARADA

Estado Civil: CASADO(A)

Email: drrobneisilva@gmail.com

Solicito o protocolo do seguinte serviço:

**CERTIDÃO DE TEMPO DE CONTRIBUIÇÃO - CTC**

**e declaro que:**

Não autorizo o depósito em conta corrente / poupança no presente momento.

Opto em receber as comunicações do andamento do processo, bem como autorizo o envio de intimações pela forma eletrônica no email **drrobneisilva@gmail.com**, nos termos do §3º do Art. 42 do Anexo da Resolução nº 166/PRES/INSS, de 11 de novembro de 2011.

**Declaro também estar ciente de que devo acompanhar o andamento de meu pedido através do site do INSS e de que as informações ora prestadas são verídicas, estando sujeito às penalidades previstas nos art. 171 e 299 do Código Penal.**

Local: CAMPO GRANDE/MS, 03 de janeiro de 2018.

Assinatura: \_\_\_\_\_

Assinatura manuscrita em azul sobre uma linha horizontal.

# PREFEITURA MUNICIPAL DE CRUZEIRO DO OESTE -PR

## CNPJ 76.381.854/0001-27

### DECLARAÇÃO

DECLARAMOS, atendendo ao pedido através de requerimento protocolado nesta Prefeitura sob o nº 4351/17 do dia 10/10/2017, que revendo os assentamentos existentes na Divisão da Secretaria Municipal de Administração, que ROBNEI SILVA, portadora do RG Nº 3.012.700-5-SSP-MS foi FUNCIONÁRIO(A) nesta Prefeitura, conforme discriminado abaixo:

Admissão	Demissão	Cargo	Regime	Situação de contrato
02/01/1991	31/12/1991	Dentista	RGPS	Contrato prestação de serviço
02/01/1992	31/12/1992	Dentista	RGPS	Contrato prestação de serviço
01/03/1993	31/12/1993	Dentista	RGPS	Contrato prestação de serviço
01/02/1994	31/12/1994	Dentista	RGPS	Contrato prestação de serviço
01/01/1995	31/12/1995	Dentista	RGPS	Contrato prestação de serviço

TOTAL LÍQUIDO .....1734 dias

Os períodos descritos na presente declaração, totalizam-se em 1734 (um mil, setecentos e trinta e quatro) dias ou seja 4 (quatro) anos, 9 (nove) meses e 4 (quatro) dias.

CRUZEIRO DO OESTE - A ABELHA LABORIOSA do PARANÁ

Cruzeiro do Oeste/PR, 09 de novembro de 2017

  
-DIVISÃO DE ARQUIVO-  
Marcio Massahiro Ieri  
RG: 17.016.302-7  
DIVISÃO DE ARQUIVO

  
-DIVISÃO DE RECURSOS HUMANOS-  
Jocielle Cristina Zampieri  
RG: 8.690.555-8  
Jocielle Cristina Zampieri  
Chefe Departamento Pessoal

<sup>1</sup> Art. 10, § 1º Na impossibilidade de apresentação dos documentos previstos no caput, poderá ser aceita a declaração do empregador ou seu preposto, atestado de empresa ainda existente, certificado ou certidão de órgão público ou entidade representativa, devidamente assinada e identificada por seu responsável, com afirmação expressa de que as informações foram prestadas com base em documentação constante nos registros efetivamente existentes e acessíveis para confirmação pelo INSS. IN- INSS/PRES Nº 77/ 2015

Rua João Ormino de Rezende, 686  
Cruzeiro do Oeste - Paraná  
Fone: (44) 3676-8150



# Prefeitura do Município de Cruzeiro do Oeste

## Estado do Paraná

### ANEXO III

(Portaria nº154/08 de 15 de maio de 2008)  
DECLARAÇÃO DE TEMPO DE CONTRIBUIÇÃO  
PARA FINS DE OBTENÇÃO DE BENEFÍCIO JUNTO AO INSS

PREFEITURA MUNICIPAL DE CRUZEIRO DO OESTE-PR	CNPJ: 76.381.854/0001-27
--	--------------------------

#### DADOS PESSOAIS

NOME: ROBNEI SILVA		
RG: 3.012.700-5	ÓRGÃO EXPEDIDOR: SSP/MS	DATA DE EXPEDIÇÃO:*****
CPF: 433.916.309-60	TÍTULO DE ELEITOR:*****	PIS/PASEP:*****
DATA DE NASCIMENTO: 25/12/1961	NOME DA MÃE: BEATRIZ SIGNOBERTO SILVA	
ENDEREÇO: RUA JATAÍ Nº 41 – CAMPO GRANDE - MS		

#### DADOS FUNCIONAIS

CARGO EXERCICIDO: DENTISTA	
CONTRATO DE TRABALHO: CONTRATO PRESTAÇÃO DE SERVIÇO	DATA DE PUBLICAÇÃO:*****
DATA DA ENTRADA EM EXERCÍCIO: 02/01/1991	
DATA DE ENCERRAMENTO / AFASTAMENTO: 31/12/1991	
Nº DA PORTARIA DE EXONERAÇÃO/DEMISSÃO:*****	DATA DA PUBLICAÇÃO:*****

RESPONSÁVEL PELAS INFORMAÇÕES  MARCIO MASSAHIRO IERF / 07889/1 – AUXILIAR ADMINISTRATIVO	VISTO DO DIRIGENTE DO ÓRGÃO DE PESSOAL  JOCIELLE CRISTINA ZAMPIERI / 00019/1 – CHEFE DE DIVISÃO DE RECURSOS HUMANOS
ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR	ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR
LOCAL e DATA: Cruzeiro do Oeste, 09 de novembro de 2017	

OBSERVAÇÕES / OCORRÊNCIAS:  
Informamos que o funcionário não possui portaria de nomeação e exoneração com respectiva data de publicação em virtude que o mesmo foi contratado através de contrato simples de prestação de serviço.

ESTA DECLARAÇÃO NÃO CONTÉM EMENDAS NEM RASURAS

Rua João Ormino de Rezende, 686  
Cruzeiro do Oeste - Paraná  
Fone: (44) 3676-8150



# Prefeitura do Município de Cruzeiro do Oeste

## Estado do Paraná

### ANEXO III

(Portaria nº154/08 de 15 de maio de 2008)  
**DECLARAÇÃO DE TEMPO DE CONTRIBUIÇÃO  
PARA FINS DE OBTENÇÃO DE BENEFÍCIO JUNTO AO INSS**

PREFEITURA MUNICIPAL DE CRUZEIRO DO OESTE-PR	CNPJ: 76.381.854/0001-27
--	--------------------------

#### DADOS PESSOAIS

NOME: ROBNEI SILVA		
RG: 3.012.700-5	ÓRGÃO EXPEDIDOR: SSP/MS	DATA DE EXPEDIÇÃO:*****
CPF: 433.916.309-60	TÍTULO DE ELEITOR:*****	PIS/PASEP:*****
DATA DE NASCIMENTO: 25/12/1961	NOME DA MÃE: BEATRIZ SIGNOBERTO SILVA	
ENDEREÇO: RUA JATAÍ Nº 41 – CAMPO GRANDE - MS		

#### DADOS FUNCIONAIS

CARGO EXERCICIDO: DENTISTA	
CONTRATO DE TRABALHO: CONTRATO PRESTAÇÃO DE SERVIÇO	DATA DE PUBLICAÇÃO:*****
DATA DA ENTRADA EM EXERCÍCIO: 02/01/1992	
DATA DE ENCERRAMENTO / AFASTAMENTO: 31/12/1992	
Nº DA PORTARIA DE EXONERAÇÃO/DEMISSÃO:*****	DATA DA PUBLICAÇÃO:*****

RESPONSÁVEL PELAS INFORMAÇÕES <i>Marcio Massahiro</i> MARCIO MASSAHIRO IEPN/07889/1 – AUXILIAR ADMINISTRATIVO	VISTO DO DIRIGENTE DO ÓRGÃO DE PESSOAL <i>Jociele Cristina Zampieri</i> JOCIELLE CRISTINA ZAMPIERI/00019/1 –CHEFE DE DIVISÃO DE RECURSOS HUMANOS
ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR	ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR
LOCAL e DATA: Cruzeiro do Oeste, 09 de novembro de 2017	

OBSERVAÇÕES / OCORRÊNCIAS: Informamos que o funcionário não possui portaria de nomeação e exoneração com respectiva data de publicação em virtude que o mesmo foi contratado através de contrato simples de prestação de serviço.
--

ESTA DECLARAÇÃO NÃO CONTÉM EMENDAS NEM RASURAS

Rua João Ormino de Rezende, 686  
Cruzeiro do Oeste - Paraná  
Fone: (44) 3676-8150



# Prefeitura do Município de Cruzeiro do Oeste

## Estado do Paraná

### ANEXO III

(Portaria n°154/08 de 15 de maio de 2008)  
**DECLARAÇÃO DE TEMPO DE CONTRIBUIÇÃO  
PARA FINS DE OBTENÇÃO DE BENEFÍCIO JUNTO AO INSS**

PREFEITURA MUNICIPAL DE CRUZEIRO DO OESTE-PR	CNPJ: 76.381.854/0001-27
--	--------------------------

#### DADOS PESSOAIS

NOME: ROBNEI SILVA		
RG: 3.012.700-5	ÓRGÃO EXPEDIDOR: SSP/MS	DATA DE EXPEDIÇÃO:*****
CPF: 433.916.309-60	TÍTULO DE ELEITOR:*****	PIS/PASEP:*****
DATA DE NASCIMENTO: 25/12/1961	NOME DA MÃE: BEATRIZ SIGNOBERTO SILVA	
ENDEREÇO: RUA JATAÍ Nº 41 – CAMPO GRANDE - MS		

#### DADOS FUNCIONAIS

CARGO EXERCICIDO: DENTISTA	
CONTRATO DE TRABALHO: CONTRATO PRESTAÇÃO DE SERVIÇO	DATA DE PUBLICAÇÃO:*****
DATA DA ENTRADA EM EXERCÍCIO: 01/03/1993	
DATA DE ENCERRAMENTO / AFASTAMENTO: 31/12/1993	
Nº DA PORTARIA DE EXONERAÇÃO/DEMISSÃO:*****	DATA DA PUBLICAÇÃO:*****

RESPONSÁVEL PELAS INFORMAÇÕES <i>Marcio Massahiro</i> MARCIO MASSAHIRO IEIRI 707889/1 – AUXILIAR ADMINISTRATIVO	VISTO DO DIRIGENTE DO ÓRGÃO DE PESSOAL <i>Jocielle Cristina Zampieri</i> JOCIELLE CRISTINA ZAMPIERI 700019/1 –CHEFE DE DIVISÃO DE RECURSOS HUMANOS
ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR	ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR
LOCAL e DATA: Cruzeiro do Oeste, 09 de novembro de 2017	

OBSERVAÇÕES / OCORRÊNCIAS: Informamos que o funcionário não possui portaria de nomeação e exoneração com respectiva data de publicação em virtude que o mesmo foi contratado através de contrato simples de prestação de serviço.
--

ESTA DECLARAÇÃO NÃO CONTÉM EMENDAS NEM RASURAS

*J*  
Rua João Ormindo de Rezende, 686  
Cruzeiro do Oeste - Paraná  
Fone: (44) 3676-8150



# Prefeitura do Município de Cruzeiro do Oeste

## Estado do Paraná

### ANEXO III

(Portaria n°154/08 de 15 de maio de 2008)  
DECLARAÇÃO DE TEMPO DE CONTRIBUIÇÃO  
PARA FINS DE OBTENÇÃO DE BENEFÍCIO JUNTO AO INSS

PREFEITURA MUNICIPAL DE CRUZEIRO DO OESTE-PR	CNPJ: 76.381.854/0001-27
--	--------------------------

#### DADOS PESSOAIS

NOME: ROBNEI SILVA		
RG: 3.012.700-5	ÓRGÃO EXPEDIDOR: SSP/MS	DATA DE EXPEDIÇÃO:*****
CPF: 433.916.309-60	TÍTULO DE ELEITOR:*****	PIS/PASEP:*****
DATA DE NASCIMENTO: 25/12/1961	NOME DA MÃE: BEATRIZ SIGNOBERTO SILVA	
ENDEREÇO: RUA JATAÍ N° 41 – CAMPO GRANDE - MS		

#### DADOS FUNCIONAIS

CARGO EXERCICIDO: DENTISTA	
CONTRATO DE TRABALHO: CONTRATO PRESTAÇÃO DE SERVIÇO	DATA DE PUBLICAÇÃO:*****
DATA DA ENTRADA EM EXERCÍCIO: 01/02/1994	
DATA DE ENCERRAMENTO / AFASTAMENTO: 31/12/1994	
N° DA PORTARIA DE EXONERAÇÃO/DEMISSÃO:*****	DATA DA PUBLICAÇÃO:*****

RESPONSÁVEL PELAS INFORMAÇÕES <i>Marcio Massahiro</i> MARCIO MASSAHIRO / 07889/1 – AUXILIAR ADMINISTRATIVO	VISTO DO DIRIGENTE DO ÓRGÃO DE PESSOAL <i>Jocielle Cristina Zamperli</i> JOCIELLE CRISTINA ZAMPIERI / 00019/1 –CHEFE DE DIVISÃO DE RECURSOS HUMANOS
ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR	ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR
LOCAL e DATA: Cruzeiro do Oeste, 09 de novembro de 2017	

OBSERVAÇÕES / OCORRÊNCIAS:  
Informamos que o funcionário não possui portaria de nomeação e exoneração com respectiva data de publicação em virtude que o mesmo foi contratado através de contrato simples de prestação de serviço.

ESTA DECLARAÇÃO NÃO CONTÉM EMENDAS NEM RASURAS

Rua João Ormindo de Rezende, 686  
Cruzeiro do Oeste - Paraná  
Fone: (44) 3676-8150



# Prefeitura do Município de Cruzeiro do Oeste

## Estado do Paraná

### ANEXO III

(Portaria n°154/08 de 15 de maio de 2008)  
DECLARAÇÃO DE TEMPO DE CONTRIBUIÇÃO  
PARA FINS DE OBTENÇÃO DE BENEFÍCIO JUNTO AO INSS

PREFEITURA MUNICIPAL DE CRUZEIRO DO OESTE-PR CNPJ: 76.381.854/0001-27

#### DADOS PESSOAIS

NOME: ROBNEI SILVA		
RG: 3.012.700-5	ÓRGÃO EXPEDIDOR: SSP/MS	DATA DE EXPEDIÇÃO:*****
CPF: 433.916.309-60	TÍTULO DE ELEITOR:*****	PIS/PASEP:*****
DATA DE NASCIMENTO: 25/12/1961	NOME DA MÃE: BEATRIZ SIGNOBERTO SILVA	
ENDEREÇO: RUA JATAÍ N° 41 – CAMPO GRANDE - MS		

#### DADOS FUNCIONAIS

CARGO EXERCICIDO: DENTISTA	
CONTRATO DE TRABALHO: CONTRATO PRESTAÇÃO DE SERVIÇO	DATA DE PUBLICAÇÃO:*****
DATA DA ENTRADA EM EXERCÍCIO: 01/01/1995	
DATA DE ENCERRAMENTO / AFASTAMENTO: 31/12/1995	
N° DA PORTARIA DE EXONERAÇÃO/DEMISSÃO:*****	DATA DA PUBLICAÇÃO:*****

RESPONSÁVEL PELAS INFORMAÇÕES <i>Marcio Massahiro</i> MARCIO MASSAHIRO / 07889/1 – AUXILIAR ADMINISTRATIVO	VISTO DO DIRIGENTE DO ÓRGÃO DE PESSOAL <i>Jocielle Cristina Zampiori</i> JOCIELLE CRISTINA ZAMPIORI / 00019/1 –CHEFE DE DIVISÃO DE RECURSOS HUMANOS
ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR	ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR
LOCAL e DATA: Cruzeiro do Oeste, 09 de novembro de 2017	
OBSERVAÇÕES / OCORRÊNCIAS: Informamos que o funcionário não possui portaria de nomeação e exoneração com respectiva data de publicação em virtude que o mesmo foi contratado através de contrato simples de prestação de serviço.	

ESTA DECLARAÇÃO NÃO CONTÉM EMENDAS NEM RASURAS

Rua João Ormino de Rezende, 686  
Cruzeiro do Oeste - Paraná  
Fone: (44) 3676-8150



### A CARTEIRA PROFISSIONAL

Por menos que pareça e por mais trabalho que dê ao interessado, a carteira profissional é um documento indispensável à proteção do trabalhador.

Elemento de qualificação civil e de habilitação profissional, a carteira representa também título originário para a colocação, para a inscrição sindical e, ainda, um instrumento prático do contrato individual de trabalho.

A carteira, pelos lançamentos que recebe, configura a história de uma vida. Quem a examina, logo verá se o portador é um temperamento aquietado ou versátil; se ama a profissão escolhida ou ainda não encontrou a própria vocação; se andou de fábrica em fábrica, como uma abelha, ou permaneceu no mesmo estabelecimento, subindo a escala profissional. Pode ser um padrão de honra. Pode ser uma advertência.

(a) Alexandre Marcondes Filho

MINISTÉRIO DO TRABALHO  
SECRETARIA DE EMPREGO E SALÁRIO  
CARTEIRA DE TRABALHO



Série 00006 PR

Foto 3 x 4

Polegar Direito

Número 26341



Robnei Silva

ASSINATURA DO PORTADOR

6

QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome

Robnei Silva

Loc. Nas

Bela Vista do Paraíso

Est.

PR

Data

25/12/61

Filiação

Nelson Silva e  
Beatriz Ligoneto  
Silva

Est. Civil

solte

Doc. N°

17519

Flt.

180

Lv.

A-15

Reg. Civil

B.V. Paraíso

Outro doc.

Situação Militar: Doc.

CAM

1524920-2356

Região

15-CCM

Est.

PR

Naturalizado Dec. N°

Em

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em

Doc. Ident. N°

Exp. em

Estado

Obs.

06/03/80 DRT PR

Assinatura do Funcionário

Assinatura do Funcionário

ALTERAÇÕES DE IDENTIDADE  
(Com relação nome, est. civil e data nasc.)

7

Nome

Doc.

Nome

Doc.

Nome

Doc.

Est. Civil

Doc.

Est. Civil

Doc.

Nascimento

Doc.

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador Washington Brown  
Jusena D'Ávila  
Rua Peabrinha Nº 359  
Município Luiz do Oeste Est. PR  
Esp. do estabelecimento Escritório de Contas  
Unidade Auxiliar de  
Cargo Escritório C.B.O. nº \_\_\_\_\_  
Data admissão 01 de Junho de 19 80  
Registro nº \_\_\_\_\_ Fla/Ficha \_\_\_\_\_  
Remuneração especificada 2.760,00

[Signature]  
Ass. do empregador ou a rogo c/ test.  
1º \_\_\_\_\_  
2º \_\_\_\_\_  
Data saída 01 de Março de 19 80  
[Signature]  
Ass. do empregador ou a rogo c/ test.  
1º \_\_\_\_\_  
2º \_\_\_\_\_

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador \_\_\_\_\_  
Rua \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_  
Município \_\_\_\_\_ Est. \_\_\_\_\_  
Esp. do estabelecimento \_\_\_\_\_  
Cargo \_\_\_\_\_ C.B.O. nº \_\_\_\_\_  
Data admissão \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 19 \_\_\_\_\_  
Registro nº \_\_\_\_\_ Fla/Ficha \_\_\_\_\_  
Remuneração especificada \_\_\_\_\_

Ass. do empregador ou a rogo c/ test.  
1º \_\_\_\_\_  
2º \_\_\_\_\_  
Data saída \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 19 \_\_\_\_\_  
Ass. do empregador ou a rogo c/ test.  
1º \_\_\_\_\_  
2º \_\_\_\_\_

**FGTS - Fundo de Garantia do Tempo de Serviço**  
(LEI N.º 5.107/66 REGULAMENTADA PELO DEC. N.º 59.820/66)

OPÇÃO			RETRATAÇÃO		
01	02	80			
____	____	____	____	____	____
Banco depositário			Banco depositário		
Agência			Agência		
Praça			Praça		
Estado			Estado		
Empresa			Empresa		
Carimbo e assinatura do empregador					

OPÇÃO			RETRATAÇÃO		
____	____	____	____	____	____
____	____	____	____	____	____
Banco depositário			Banco depositário		
Agência			Agência		
Praça			Praça		
Estado			Estado		
Empresa			Empresa		
Carimbo e assinatura do empregador					

**FGTS - Fundo de Garantia do Tempo de Serviço**  
(LEI N.º 5.107/66 REGULAMENTADA PELO DEC. N.º 59.820/66)

OPÇÃO			RETRATAÇÃO		
____	____	____	____	____	____
____	____	____	____	____	____
Banco depositário			Banco depositário		
Agência			Agência		
Praça			Praça		
Estado			Estado		
Empresa			Empresa		
Carimbo e assinatura do empregador					

OPÇÃO			RETRATAÇÃO		
____	____	____	____	____	____
____	____	____	____	____	____
Banco depositário			Banco depositário		
Agência			Agência		
Praça			Praça		
Estado			Estado		
Empresa			Empresa		
Carimbo e assinatura do empregador					



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.012.700-5 DATA DE EXPEDIÇÃO 04/03/1991

NOME ROBNEI SILVA

FILIAÇÃO NELSON SILVA  
BEATRIZ SIGORBERTO SILVA

NACIONALIDADE B.VISTA PARAISO/PR DATA DE NASCIMENTO 25/12/1961

COMARCA-BELA V PARAISO/PR, DA SEDE

CMASC 17519, LIVRO-15, FOLHA-180

CPF 433.916.309-06

ASSINATURA DO DIRETOR *Douglas Haquin*  
Bel. Douglas Haquin

LEI N° 7.116 DE 25/08/93