



# CERTIDÃO DE REGULARIDADE

Reg N°: 35357

Nome do Estabelecimento:

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

CNPJ:

04063331000121

Razão Social:

CIRURGICA UNIAO LTDA

Endereço:

R VINTE E CINCO 1908/1928 JD SAO PAULO

Município:

RIO CLARO - SP

Ramo de Atividade:

DIST MEDICAMENTOS

Horário de Funcionamento do Estabelecimento:

**Rotina:** (Seg - Ter - Qua - Qui - Sex) Das 08:00h às 18:18 (Intervalo Das 11:30h às 13:00h )

## Responsável Técnico

Dra. MICHELE CRISTINA MARCHESIN ROCHA

FARMACÊUTICO

CRF:

78078

Horário de assistência:

**Rotina:** (Seg - Ter - Qua - Qui - Sex) Das 08:00h às 18:18 (Intervalo Das 11:30h às 13:00h )

ESTA CERTIDÃO DEVE SER AFIXADA EM UM LUGAR BEM VISÍVEL AO PÚBLICO

Certificamos que o estabelecimento a que se refere esta Certidão de Regularidade está inscrito neste Conselho Regional de Farmácia, atendendo o que dispõem os artigos 22, parágrafo único e 24, da Lei nº 3.820/60 e do Título IX da Lei nº 6.360/76. Tratando-se de Farmácia e Drogeria, certificamos que está regularizada em sua atividade durante os horários estabelecidos pelos Farmacêuticos Responsáveis Técnicos.

Essa certidão foi expedida em 20 DE OUTUBRO DE 2023

**A validade dessa certidão deve ser consultada no portal [www.crfsp.org.br](http://www.crfsp.org.br).**

SÃO PAULO, 20 DE OUTUBRO DE 2023



Assinatura do Presidente do CRF  
Dr. Marcelo Polacow Bisson  
CRF-SP: 13573


**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA**  
**CEDULA DE IDENTIDADE**

NOME: **DRª. MICHELE CRISTINA MARCHESIN**      CREME: **78078 / SP**

CATEGORIA PROFISSIONAL: **FARMACÊUTICO**

DATA DE NASCIMENTO: **26/12/1964**      DATA DE CONCLUSÃO: **17/12/2014**

DIPLOMADO PELA: **UNITARARAS**      NACIONALIDADE: **BRASILEIRA**  
 NATURALIDADE/UF: **RIO CLARO / SP**

ASSINATURA DO PORTADOR: *Michele C. Marchesin*




**CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DE SÃO PAULO**

FILIAÇÃO: **JOAO GAETANO MARCHESIN**  
**CLAUDINE APARECIDA MAGRI MARCHESIN**

RG	DATA DE EXPEDIÇÃO	CPF
<b>302071325 SSP SP</b>	<b>26/01/2003</b>	<b>218.243.928-50</b>
TÍTULO DE ELEITOR	ZONA	SEÇÃO
<b>316204170108</b>	<b>288</b>	<b>059</b>
GRUPO SANGUÍNEO	FATOR Rh	OBSERVAÇÕES
<b>A</b>	<b>POSITIVO</b>	<b>DOADOR DE ORGÃOS: SIM</b>
	LOCAL	DATA DE EXPEDIÇÃO
	<b>BRASÍLIA</b>	<b>25/01/2016</b>

ASSINATURA DO PRESIDENTE: *Pedro Eduardo Menegasso*  
**PEDRO EDUARDO MENEGASSO**  
**PRESIDENTE DO CRF / SP**




VÁLIDA COMO PROVA DE IDENTIDADE, PARA QUALQUER EFEITO, DE ACORDO COM A LEI Nº 6.206/75.

obrigado a usá-los, para prevenir acidentes e evitar as doenças profissionais.

Mostre ao seu novo companheiro os perigos que o cercam no trabalho.

Cada acidente é uma lição que deve ser apreciada, para evitar maiores desgraças.

Todo o acidente tem uma causa que é preciso ser pesquisada, para evitar a sua repetição.

Se você for acidentado, procure logo o socorro médico adequado. Não deixe que "entendidos" e "curiosos" concorram para o agravamento de sua lesão.

Se você não é eletricitista, não se meta a fazer serviços de eletricidade.

Procure o socorro médico imediato, se você for vítima de um acidente, amanhã será tarde demais.

As máquinas não respeitam ninguém; mas você deve respeitá-las. Atenda às recomendações dos membros da CIPA e de seus mestres e chefes.

Conheça sempre as regras de segurança da seção onde você trabalha. Conversa e discussão no trabalho predispõem a acidentes pela desatenção.

Leia e reflita sempre os ensinamentos contidos nos cartazes e avisos sobre prevenção de acidentes.

Os anéis, pulseiras, gravatas e mangas compridas não fazem parte do seu uniforme de trabalho.

Mantenha sempre as guardas protetoras das máquinas nos devidos lugares.

Pare a máquina quando tiver que consertá-la ou lubrificá-la.

Habitue-se a trabalhar protegido contra os acidentes. Use equipamentos de proteção adequados a seu serviço.

Conheça o manejo dos extintores e demais dispositivos de combate ao fogo existentes em seu local de trabalho. Você pode ter necessidade de usá-los algum dia.



MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO  
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

Continuação



Número 29722 Série 26855

Michelle C. Mendonça  
ASSINATURA DO PORTADOR

**QUALIFICAÇÃO CIVIL**

Nome Michele Custina Marchesin  
Loc. Nasc. Rua Ueno Est. S.P. Data 26.12.1984  
Filiação José Custina Marchesin & Claudiana  
aparecida Marchesin  
Doc. Nº R.G. 30.207.132-5 exp. 26.01.03

**ESTRANGEIROS**

Chegada ao Brasil em ..... / ..... / ..... Doc. Ident. Nº .....  
Exp. em ..... / ..... Estado .....  
Obs.: .....  
Data Emissão 13/10/16 SRTE.....



Assinatura do Funcionário

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

Nome Passou a usar o nome  
Michele Custina Marchesin  
Doc. Raha  
C.C. Livro B.36. fls 764  
Nome n.º 11097  
Doc. ....  
Nome .....  
Doc. ....  
Est. Civil .....  
Doc. ....  
Est. Civil .....  
Doc. ....  
Nascimento .....  
Doc. ....



## CONTRATO DE TRABALHO

**Empregado** Ambulatorio Letizio Prestacao de Servicos Medicos Ltda

**CNPJ:** CNPJ: 52.160.330/0001-48

**Endereço:** Avenida 11

Nº: 00589

**Cidade:** Cidade: Rio Claro

UF: SP

**Atividade:** Atividade médica ambulatorial restrita a consultas

**Cargo:** Cargo: FARMAUCEUTICO

**CBO:** 223405

**Admissão:** 02/01/2017

**Registro:** 96

**Remuneraç** 1.206,00 POR MÊS \*Vide pagina 42

Um Mil Duzentos e Seis Reais

*Ass. do empregador ou a rogo c/test.*  
 AMBULATORIO LETIZIO PRESTACAO DE SERVICOS MEDICOS LTDA

1º ..... 2º .....

Data saída ..... de ..... de .....

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º ..... 2º .....

Com. Dispensa CD nº .....

## CONTRATO DE TRABALHO

**Empregador** Cirurgica União Ltda

**CNPJ/MF** 04.063.331/0001-21

Rua 25 Nº 1928/1908

Município Rio Claro Est. SP

Esp. do estabelecimento Comercio

Cargo Farmaceutica

CBO nº 391210

Data admissão 07 de janeiro de 2019

Registro nº 42 Fls./Ficha 44

Remuneração especificada R\$ 3.164,00

(Três mil, cento e sessenta e quatro reais)

\* Cirurgica União Ltda.

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º ..... 2º .....

Data saída ..... de ..... de .....

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º ..... 2º .....

Com. Dispensa CD nº .....