



PREFEITURA MUNICIPAL DE MARILÂNDIA

Secretaria Municipal de Administração

Rua Angela Savernini, 93 – Cep 29725-000 – Marilândia - ES

Telefone: (27) 3724-2964 – Fax: (27)3724-1098

E-mail: adminsitracao@marilandia.es.gov.br

LEI Nº 1551 de 20 de abril de 2021.

EMENTA: ALTERA O ANEXO I DA LEI MUNICIPAL LEI Nº 867, DE 18 DE NOVEMBRO DE 2009.

O Prefeito Municipal de Marilândia, Estado do Espírito Santo, faz saber que a Câmara Municipal, **Aprovou e Ele Sanciona** a seguinte **LEI**:

Art. 1º. Fica alterada a tabela denominada Ficha Cadastral de Trabalhador Rural, constante no Anexo I da Lei nº 867/2009, que “Dispõe sobre a Disciplina e Regulamentação da Forma de Contratação de Mão de Obra Rural no Município de Marilândia e suas Adjacências, e dá outras providências”.

Art. 2º. Com as alterações referidas no artigo 1º, o anexo I passa a vigorar conforme quadro em anexo.

Art. 3º. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Registre-se. Publique-se. Cumpra-se.

Marilândia-ES, 20 de abril de 2021.

AUGUSTO ASTORI FERREIRA

Prefeito Municipal

Registrada na SEMADI

Na P.M.M.

Em, 20/04/2021.

Cristina Caldara Arrivabeni
Secretária da SEMADI
PREFEITURA MUNICIPAL DE MARILÂNDIA

O PRESENTE ATO FOI AFIXADO NESTA CÂMARA MUNICIPAL DE MARILÂNDIA EM, <u>20/04/2021</u> SERVIDOR

Maria Helena Rosa da Silva
Chefe do Setor Administrativo

Data da Publicação
O PRESENTE ATO FOI FIXADO NESTA
PREFEITURA DE MARILÂNDIA - ES
EM, 20/04/2021

SERVIDOR
Gilmara Passamani Pereira
Coordenadora de Admissão, Cadastro
e Movimentação de Pessoal C-2



PREFEITURA MUNICIPAL DE MARILÂNDIA

CADASTRO – SAFRA 2021

Conforme Lei n° 867 de 18 de novembro de 2009, após preenchimento do formulário o mesmo deverá ser entregue a Secretaria Municipal de Agricultura anexo os documentos que seguem

I-Cópia autenticada ou acompanhada de original:

a) RG / CTPS

b) CPF

FORMULÁRIO DE CADASTRAMENTO DE SAFRISTA

Nome completo: _____

CPF: _____ RG: _____

Nome da mãe: _____

Data de Nascimento: _____

Sexo: () Masculino – () Feminino – () Outro _____

Telefone de Contato: - Celular () _____

Data de chegada no município: ____/____/____

Endereço de residência de origem do trabalhador:

Rua _____ N° _____ Bairro _____

Ponto de Referência _____

Município _____ Estado _____

Endereço do local que prestará serviço:

Rua _____ N° _____ Bairro _____

Ponto de Referência _____

Município _____ Estado _____

Você já trabalhou na colheita de Marilândia? () Sim – () Não

Você já foi diagnosticado com a COVID 19? () Sim – () Não

Já realizou o teste em alguma oportunidade? () Sim – () Não

Teve contato com alguém diagnosticado com COVID 19 recentemente? () Sim – () Não

* Em caso de qualquer sintoma ou contato recente com pessoas diagnosticadas, procurar a Secretaria Municipal de Saúde do nosso município.

Responsável pelo preenchimento do formulário: _____

Data de preenchimento do formulário: ____/____/____

Contato: () _____

ESPAÇO RESERVADO PARA ANOTAÇÕES DA POLICIA MILITAR

Possui algum antecedente criminal? () Sim – () Não

ANOTAÇÕES: _____

