



REGISTRO DE EMPREGADO

Nº de Ordem 2066 Nome do Empregado: FLIDIO PEREIRA DE SOUZA Residência: RUA PRINCIPAL S/Nº - BNOVO HORIZON Frone: Idade 28 anos, Data de Nascimento 27 / 03 / 59 lugar Côr PARDO do nascimento PINDALVAL - MT Cabelo prestos Estado Civil casado Nacionalidade BRASILEIRO Barba Par JOSE DOMINGOS DE SOUZA Nacion. Bigode Olhos clarros Mãe CIPRIANA P. DE SOUZA Nacion. BRAS. Beneficiários. os filhso e esposa. Altura Peso_ CARTEIRA DE TRABALHO QUANDO ESTRANGEIRO No da Cart. Prof. 56,794 Série 3989 DE MENOR de Saúde No da Cart. No do Reg. Geral o do Inst. Aposentadoria Casado cem brasileira? Cad. Nº 484 321 Série K Nome do conjuge Categoria Nº da Carteira do I Tem fithos brasileiros? Certificado de Aposent. Cart. Nac, de Habil. No Data da chegada ao Brasil Natural zado? Decreto No Data da Admissão ao Serviço 26.12.84 Cargo que ocupa Ag.Limpeza N.04 Remuneração 220.540 -Forma de Pagamento mensal. Horario de Trabalho: das 8:00 às 18:00 com intervalo de2:00 hs. para refeição e descanso Data e assinatura do empregado na ocasião da admissão _____26 ___de Elillo pluarra de Gousa Data da Dispensa Recebi os seguintes documentos que me pertencem

Polegar Direito





REPUBLICA FEDERATIVA DO BEASIL ESTADO DE MATO GROSSO PODER JUDICIÁRIO COMARCA DE CUIARA — CAPIT

Dedro D'Abbadia

3º Tabelião Vitalício de Notas, Escrivão do Civel, Oficial Privativo e Vitalício do Registro Civil de Nascimentos

- Casamentos e de Obitos da Sede da Comarça de Culaba

Maria Isabel Barros Maciel

Nilza Maria Barros Maciel Corrêa Autorizado

Abadia Barros Maciel Lemos dos Santos

Oficial Privativo Efetivo do Registro Civil

LIVRO n. 18-B

FOLHA n. 061/ V.

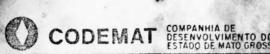
TÉRMO n. 4.822

CASAMENTO

Certifico que no livro de REGISTRO DE CASAMENTOS desta Capital consta
ermo de casamento do eidadão <u>ELIDIO PEREIRA DE SOUZA</u>
dons ELIZETE DA SILVA le nascido Pindaival - MT. à 27 de março de 1.959
lho de José Domingos, de Souza
dona Cipriena Pereira de Souza
la nascida Culaba - MT. a 09 de novembro de 1.961
lha de
de dona Prondina da Silva qual passará a assinar-se: ELIZETE DA SILVA SOUZA
assmento realizado a 13 de junho de 1,981 apresentaram o
o Codigo Civil, Regime de COMUNHÃO PARCAIL DE BENS
Obs:
O referido é verdade e dou fé
Culabá, 13 de , junho , de 1981.

Cuiabá, 13





TERMO DE RESPONSABILIDADE

	The second second
(Concessão de Salário-Família - Port. Termo de Responsabil:	idade
EMPRESA: ODEMAT	
NOME DO SEGURADO: Elidio Preus de Jouga	
CARTEIRA PROFIS./IDENTIDADE: RG-167.410/SSP/MT	
NOME DO FILHO	DATA DE NASCIMENTO
- Pristigne Silva de Janga	18-02-83
- Jumoi silva de Joural	19-06-81
E - Chete Silva de Jousa	31.03 - 84
- Eliete films de laugh	
i o	
H	
BENEF	
m ·	

Pelo presente TERMO DE RESPONSABILIDADE, declaro estar ciente de que deverei comunicar de imediato a ocorrência dos seguintes fatos ou ocorrências que determinar a perda do direito ao salário-família:

- . OBITO DE FILHO;
- CESSAÇÃO DA INVALIDEZ DE FILHO INVALIDO;
- SENTENÇA JUDICIAL QUE DETERMINE O PAGAMENTO A OUTREM; (casos de desquite ou separação, abandono de filho ou perda de pátrio-poder);

Estou ciente, ainda, de que a falta de cumprimento do compromisso ora assumido, além de obrigar à devolução das importâncias recebidas indevidamente, sujeitar-me-á as penalidades previstas no art. 171 do Código Penal e a recisão do Contrato de Trabalho, por justa causa, nos termos do art. 482 da Consolidação das Leis do Trabalho.

Cuiabá, 01 de Junho de 1.985.

Elidio Pereira de Gouza Servidor

ESQUEMA BÁSICO DE VACINAÇÃO NO PRIMEIRO ANO DE VIDA

VACINA	PROTEÇÃO CONTRA	IDADE: Ini- ciar a par- tir de	Nº DE DOSES	INTERVALO ENTRE AS DOSES
Antipólio Oral	Poliomielite (Paralisia Infantil)	2 meses	. 3	2 meses
Tríplice (DPT)	Difteria Coqueluche Tétano	2 meses	3	2 meses
Anti- Sarampo	Sarampo	9 meses	1	$\overline{\tau}$
B.C.G.	Tuberculose	ao nascer	1	

- OBS: 1. É necessário que sejam aplicadas todas as doses recomendadas.
 - Aplicar uma dose de reforço de vacinas Antipólio e Tríplice, um ano após a terceira dose.

Documento válido em todo o Território Nacional como comprovante de vacinação. Não pode ser retido. (Lei nº 6.259, de 30/10/75).



MINISTÉRIO DA SAÚDE SECRETARIA DE SAÚDE PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÕES

CADERNETA DE VACINAÇÕES

NOME Pristique Silva de Sonza

DATA DO NASCIMENTO: 18 1021 83

NOME DOS PAIS: Olidio Pereira de Souge Colisete da Solva Sousa

ENDERECO: faidine Movo origort



NO PRIMEIRO ANO DE VIDA

VACINA	PROTEÇÃO CONTRA	IDADE: Ini- ciar a par- tir de	Nº DE DOSES	INTERVALO ENTRE AS DOSES
Antipólio Oral	Poliomielite (Paralisia Infantil)	2 meses	3	2 meses
Triplice (DPT)	Difteria Coqueluche Tétano	2 meses	3	2 meses
Anti- Sarampo	Sarampo	9 meses	4.	3-4
B.C.G.	Tuberculose	ao nascer	14	4.14

OBS: 1. É necessário que sejam aplicadas todas as doses recomen-

Aplicar uma dose de reforço de vacinas Antipólio e Tríplice, um ano após a terceira dose.

Documento válido em todo o Território Nacional como comprovante de vacinação. Não pode ser retido. (Lei n.º 6.259, de 30/10/75).



MINISTÉRIO DA SAUDE SECRETÁRIA DE SAUDE PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÕES

CADERNETA DE VACINAÇÕES

NOME: Julion Silva de Souza

DATA DO NASCIMENTO: 19 16 181

NOME DOS PAIS: Olidio Cerura de Sougo

ENDEREÇO: farchin Mova Primorile

ESQUEMA BÁSICO DE VACINAÇÃO NO PRIMEIRO ANO DE VIDA

VACINA	PROTEÇÃO CONTRA	IDADE: Ini- ciar a par- tir de	Nº DE DOSES	INTERVALO ENTRE AS DOSES
Antipólio Oral	Poliomielite (Paralisia Infantil)	2 meses	3	2 meses
Tríplice (DPT)	Difteria Coqueluche Tétano	2 meses	3	2 meses
Anti- Sarampo	Sarampo	9 meses	1	
B.C.G.	Tuberculose	ao nascer	- 1	

OBS: 1. É necessário que sejam aplicadas todas as doses recomendadas.

Aplicar uma dose de reforço de vacinas Antipólio e Tríplice, um ano após a terceira dose.

Documento válido em todo o Território Nacional como comprovante de vacinação. Não pode ser retido. (Lei n.º 6.259, de 30/10/75).



MINISTÉRIO DA SAÚDE SECRETARIA DE SAÚDE PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÕES

CADERNETA DE VACINAÇÕES

NOME: Biete da Silva Souza

DATA DO NASCIMENTO: 31 /03/84

NOME DOS PAIS: Estado Percira de Souza

ENDEREÇO: ardim Move Origonte

ESQUEMA BÁSICO DE VACINAÇÃO NO PRIMEIRO ANO DE VIDA

VACINA	PROTEÇÃO CONTRA	IDADE: Ini- ciar a par- tir de	Nº DE DOSES	INTERVALO ENTRE AS DOSES.
Antipólio Oral	Poliomielite (Paralisia Infantil)	2 meses	3	2 meses
Tríplice (DPT)	Difteria Coqueluche Tétano	2 meses	3	2 meses
Anti- Sarampo	Sarampo	9 meses	1	2
B.C.G.	Tuberculose	ao nascer	. 1 0	

- OBS: 1. É necessário que sejam aplicadas todas as doses recomen-
 - Aplicar uma dose de reforço de vacinas Antipólio e Tríplice, um ano após a terceira dose.

Documento válido em todo o Território Nacional como comprovante de vacinação. Não pode ser retido. (Lei nº 6.259, de 30/10/75).

MINISTÉRIO DA SAÚDE SECRETARIA DE SAÚDE PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÕES

CADERNETA DE VACINAÇÕES

NOME Pristiane Silva de Souza

DATA DO NASCIMENTO: 18 1021 83

NOME DOS PAIS Elicio Pereira de Souge Olizete da Sidoa Souga

ENDEREÇO: Josephin Moud, 10 3 cett



NO PRIMEIRO ANO DE VIDA

VACINA.	PROTEÇÃO CONTRA	IDADE: Ini- ciar a par- tir de	Nº DE DOSES	INTERVALO ENTRE AS DOSES
Antipólio Oral	Poliomielite (Paralisia Infantil)	2 meses	3	2 meses
Triplice (DPT)	Difteria Coqueluche Tétano	2 meses	3	2 meses
Anti- Sarampo	Sarampo	9 meses	7.41	
B.C.G.	Tuberculose	ao nascer	1	

OBS: 1. É necessário que sejom aplicadas todas es doses recomen-

 Aplicar uma dose de reforço de vacinas Antipólio e Tríplice, um ano após a terceira dose.

Documento válido em todo o Território Nacional como comprovante de vacinação. Não pode ser retido. (Lei nº 6.259, de 30/10/75).



MINISTERIO DA SAÚDE SECRETARIA DE SAÚDE PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÕES

CADERNETA DE VACINAÇÕES

NOME JUNIOR Silva di Souza DATA DO NASCIMENTO: 19. 16 181

NOME DOS PAIS: Eldio Cerura de

Elizate da Silva Souza

ENDEREÇO: farche Ylovo Chinosia

NO PRIMEIRO ANO DE VIDA

VACINA	PROTEÇÃO CONTRA	IDADE: Ini- ciar a par- tir de	Nº DE DOSES	INTERVALO ENTRE AS DOSES
Antipólio Oral	Poliomielite (Paralisia Infantil)	2 meses	3	2 meses
Tríplice (DPT)	Difteria Coqueluche Tétano	2 meses	3	2 meses
Anti- Sarampo	Sarampo	9 meses	1	-
B.C.G.	Tuberculose	ao nascer	1	-

- OBS: 1. É necessário que sejam aplicadas todas as doses recomen-
 - Aplicar uma dose de reforço de vacinas Antipólio e Tríplice, um ano após a terceira dose.

Documento válido em todo o Território Nacional como comprovante de vacinação. Não pode ser retido. (Lei nº 6.259, de 30/10/75).



MINISTÉRIO DA SAÚDE SECRETARIA DE SAÚDE PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÕES

CADERNETA DE VACINAÇÕES

NOME: Eliete da Silva Souza

DATA DO NASCIMENTO: 31 /03/84

NOME DOS PAIS: Elidio Pereira de Sou

Elizete da Silva Souza

ENDEREÇO: Jardin Moio Osis

ESQUEMA BÁSICO DE VACINAÇÃO NO PRIMEIRO ANO DE VIDA

VACINA	PROTEÇÃO CONTRA	IDADE: Ini- ciar a par- tir de	Nº DE DOSES	INTERVALO ENTRE AS DOSES
Antipólio Oral	Poliomielite (Paralisia Infantil)	2 meses	3	2 meses
Tríplice (DPT)	Difteria Coqueluche Tétano	2 meses	3	2 meses
Anti- Sarampo	Sarampo	9 meses	72	1 -
B.C.G.	Tuberculose	ao nascer	*1	

- OBS: 1. É necessário que sejam aplicadas todas as doses recomendadas.
 - Aplicar uma dose de reforço de vacinas Antipólio e Tríplice, um ano após a terceira dose.

nento válido em todo o Território Nacional como comprovan te de vacinação. Não pode ser retido. (Lei nº 6.259, de 30/10/75).



ESQUEMA BÁSICO DE VACINAÇÃO. NO PRIMEIRO ANO DE VIDA

VACINA	PROTEÇÃO CONTRA	IDADE: Ini- ciar a par- tir de	Nº DE. DOSES	INTERVALO ENTRE AS DOSES
Antipólio Oral	Poliomielite (Paralisia Infantil)	2 meses	3	2 meses
Triplice (DPT)	Difteria Coqueluche Tétano	2 meses	3	2 meses
Anti- Sarampo	Sarampo	9 meses	1	_
B.C.G.	Tuberculose	ao nascer	1	- 1

- OBS: 1. É necessário que sejam aplicadas todas as doses recomendadas.
 - Aplicar uma dose de reforço de vacinas Antipélio e Tríplice, um ano após a terceira dose.

Documento válido em todo o Território Nacional como comprovante de vacinação. Não pode ser retido. (Lei nº 6.259, de 30/10/75).



MINISTÉRIO DA SAÚDE SECRETARIA DE SAÚDE PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÕES

CADEBNETA DE VACINAÇÕES

NOME: Priste da Silva Souza

DATA DO NASCIMENTO: 31 /03/84

NOME DOS PAIS: Eliclio Percira de Souza

Clizate da Silva Souza

ENDEREÇO: Na la Mario (2) 30016



NO PRIMEIRO ANO DE VIDA

VACINA	PROTEÇÃO CONTRA	IDADE: Ini- ciar a par- tir de	Nº DE DOSES	INTERVALO ENTRE AS DOSES
Antipólio Oral	Poliomielite (Paralisia Infantil)	2 meses	3	2 meses
Tríplice (DPT)	Difteria Coqueluche Tétano	2 meses	3	2 meses
Anti- Sarampo	Sarampo	9 meses	4	- 10
B.C.G.	Tuberculose	ao nascer	1	* 2 h

- OBS: 1. É necessário que sejam aplicadas todas as doses recomendadas.
 - Aplicar uma dose de reforço de vacinas Antipólio e Tríplice, um ano após a terceira dose.

Documento válido em todo o Território Nacional como comprovante de vacinação. Não pode ser retido. (Lei nº 6.259, de 30/10/75).



MINISTÉRIO DA SAÚDE SECRETARIA DE SAÚDE PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÕES

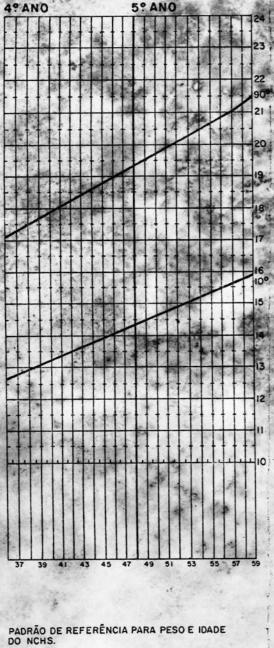
CADERNETA DE VACINAÇÕES

NOME: Distione Silva de Sonza

DATA DO NASCIMENTO: 18 1021 83.

NOME DOS PAIS: Elidio Pereira de Son
Clizete da Silva Sonza

ENDEREÇO: Jarialia Novo Origorita



INAN-Ministério da Saúde

Cartão da Criança

UNIDADE SANITÁ	RIA (O)	sho de	lanal	Ho
NOME SOC	andro		3. Sa	uga
NOME DA NO	TATA DA	MATRICULA		12 86
	3th o	da Si	Street or own	0
ENDEREÇO		ula p		
COL 38	RÉNCIA	THE RESERVE OF THE PARTY OF THE	CONTRACTOR OF THE PARTY	

AGENDAMEN	VTO	4年,1986年	AG .
DATA	ATENDIMENTO	DATA	ATENDIMENTO
18/03/88	yea.		* Maria
	2.34	the Country of	*
T			
			3 y
	4.4		1
	46	4 以中	
		150	1
		e espera	VALUE OF THE PARTY
	EA		2 是 市

	VACINAS OBF	VACINAS OBRIGATORIAS NO 19 ANO DE VIDA	S ANO DE VID	A	OUTRAS VACINAS	IAS		
DATA RUBRICA C.V. P.V.	J 5-06-87	15-00-84		of the second			,	
DATA RUBRICA C.V. P.V.	02-02-83 Speeds	18/10/10 18/10/10				8 8 M	0	
DATA RUBRICA C.V. P.V.	of operation						*	
DATA RUBRICA C.V. P.V.								

QUEMA BÁSICO DE VACINAÇÃO NO PRIMEIRO ANO DE VIDA

VACINA	PROTEÇÃO CONTRA	IDADE: Ini- ciar a par- tir de	Nº DE DOSES	INTERVALO ENTRE AS DOSES
Antipólio Oral	Poliomielite (Paralisia Infantil)	2 meses	3	2 meses
Tríplice (DPT)	Difteria Coqueluche Tétano	2 meses	3	2 meses
Anti- Sarampo	Sarampo	9 meses	1 *	4
B.C.G.	Tuberculose	ao nascer	1	_ 4

- OBS: 1. É necessário que sejam aplicadas todas as doses recomer
 - 2. Aplicar uma dose de reforço de vacinas Antipólio e Tríplice, um ano após a terceira dose.

Documento válido em todo o Território Nacional como comprovar te de vacinação. Não pode ser retido. (Lei n.º 6.259, de 30/10/75).

ESQUEMA BÁSICO DE VACINAÇÃO NO PRIMEIRO ANO DE VIDA

VACINA	PROTEÇÃO CONTRA	IDADE: Ini- ciar a par- tir de	Nº DE DOSES	INTERVALO ENTRE AS DOSES
Antipólio Oral	Poliomielite (Paralisia Infantil)	2 meses	3	2 meses
Tríplice (DPT)	Difteria Coqueluche Tétano -	2 meses	3	2 meses
Anti- Sarampo	Sarampo	9 meses	1	
B.C.G.	Tuberculose	ao nascer	1	_ del

- OBS: 1. É necessário que sejam aplicadas todas as doses recomen-
 - 2. Aplicar uma dose de reforço de vacinas Antipólio e Tríplice, um ano após a terceira dose.

Documento válido em todo o Território Nacional como comprovante de vacinação. Não pode ser retido. (Lei nº 6.259, de 30/10/75).

ESQUEMA BÁSICO DE VACINAÇÃO NO PRIMEIRO ANO DE VIDA

VACINA	PROTEÇÃO CONTRA	IDADE: Ini- ciar a par- tir de	Nº DE DOSES	INTERVALO ENTRE AS DOSES
Antipólio Oral	Poliomielite (Paralisia Infantil)	2 meses	3	2 meses
Triplice (DPT)	Difteria Coqueluche Tétano	2 meses	3	2 meses
Anti- Saram po	Sarampo	9 meses	1.	- "
B.C.G.	Tuberculose	ao nascer	1	- 8

- DBS: 1. É necessário que sejam aplicadas todas as doses recomen-
 - 2. Aplicar uma dose de reforço de vacinas Antipólio e Tríplice, um ano após a terceira dose.

Documento válido em todo o Território Nacional como comprovan-



MINISTÉRIO DA SAÚDE SECRETARIA DE SAÚDE PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÕES

CADERNETA DE VACINAÇÕES

DATA DO NASCIMENTO: 31 /03/84 NOME DOS PAIS CLE



MINISTÉRIO DA SAÚDE SECRETARIA DE SAÚDE PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÕES

CADERNETA DE VACINAÇÕES

DATA DO NASCIMENTO: 19.

NOME DOS PAIS: Olio

ENDEREÇO:



MINISTÉRIO DA SAÚDE SECRETARIA DE SAÚDE PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÕES

DATA DO NASCIMENTO: 18

de vacinação. Não pode ser retido. (Lei nº 6.259, de 30/10/75).

NO PRIMEIRO ANO DE VIDA

VACINA	PROTEÇÃO	IDADE: Iniciar a partir de	Nº DE DOSES	INTERVALO ENTRE AS DOSES
Antipólio Oral	Poliomielite (Paralisia Infantil)	2 meses	3	2 meses
Triplice (DPT)	Difteria Coqueluche Tétano	2 meses	3 1	2 meses
Anti- Sarampo	Sarampo	9 meses	1	
B.C.G.	Tuberculose	ao nascer	1	· 4

- OBS: 1. É necessário que sejam aplicadas todas as doses recomendadas.
 - Aplicar uma dose de reforço de vacinas Antipólio e Tríplice, um ano após a terceira dose.

Documento válido em todo o Território Nacional como comprovante de vacinação. Não pode ser retido. (Lei nº 6.259, de 30/10/75)

MINISTÉRIO DA SAÚDE SECRETARIA DE SAÚDE PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÕES

CADERNETA DE VACINAÇÕES

NOME: Part da Silva Souza

DATA DO NASCIMENTO: 31 103/84

NOME DOS PAIS: Elidio Pereira de Sou

Glist da Silva Souza

ENDERECO: archim Yloup Origon

ESQUEMA BÁSICO DE VACINAÇÃO NO PRIMEIRO ANO DE VIDA

VACINA	PROTEÇÃO CONTRA	IDADE: Ini- ciar a par- tir de	Nº DE DOSES	INTERVALO ENTRE AS DOSES
Antipólio Oral	Poliomielite (Paralisia Infantil)	2 meses	3	2 meses
Tríplice (DPT)	Difteria Coqueluche Tétano	2 meses	3	2 meses
Anti- Sarampo	Sarampo	9 meses	1	4
B.C.G.	Tuberculose	ao nascer		20.0

- OBS: 1. É necessário que sejam aplicadas todas as doses recomendadas.
 - 2. Aplicar uma dose de reforço de vacinas Antipólio e Tríplice, um ano após a terceira dose.

Documento válido em todo o Território Nacional como comprovante de vacinação. Não pode ser retido. (Lei nº 6.259, de 30/10/75).

MINISTÉRIO DA SAÚDE SEGRETARIA DE SAÚDE PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÕES

CADERNETA DE VACINAÇÕES

NOME JUNIOR Silva de Souza DATA DO NASCIMENTO: 19-16/81 NOME DOS PAIS: Elidro Perura de Sce

ENDERECO: dar clim Movo Orizonte

ESQUEMA BÁSICO DE VACINAÇÃO NO PRIMEIRO ANO DE VIDA

VACINA	PROTEÇÃO CONTRA	IDADE: Ini- ciar a par- tir de	Nº DE DOSES	INTERVALO ENTRE AS DOSES
Antipólio Oral	Poliomielite (Paralisia Infantil)	2 meses	3	2 meses
Triplice (DPT)	Difteria Coqueluche Tétano	2 meses	3	2 meses
Anti- Sarampo	Sarampo	9 meses	• 1	
B.C.G.	Tuberculose	ao nascer	1 .	

- OBS: 1. É necessário que sejam aplicadas todas as doses recomendadas.
 - Aplicar uma dose de reforço de vacinas Antipólio e Tríplice, um ano após a terceira dose.

Documento válido em todo o Território Nacional como comprovante de vacinação. Não pode ser retido. (Lei nº 6,259, de 30/10/75).



MINISTERIO DA SAUDE SECRETARIA DE SAÚDE PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÕES

CADERNETA DE VACINAÇÕES

NOME Dristiane Silva de Souza

DATA DO NASCIMENTO: 18 1091 83

NOME DOS PAIS: Elicio Pereira de Sousa

ENDEREÇO: Jordin Movo Origero

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Concessão de Salário-Família - Port. Termo d nº MPAS - 3.040/82)	e Responsabilidade
EMPRESA: CODEMAT	DE YOURS
TOME DO SEGURADO: ECIDIO DEREIRA	0E 8002X
CARTEIRA PROFIS./IDENTIDADE:	
- NOME DO FILHO	DATA DE NASCIMEN
BENEFICIAR	A CONTRACTOR OF THE PARTY OF TH
Eu Eu	
Z ·	
m A Salat Control of the Control of	1
The second secon	

Pelo presente TERMO DE RESPONSABILIDADE, declaro estar ciente de que deverei comunicar de imediato a ocorrência dos seguintes fatos ou ocorrências que determinar a perda do direito ao salário-família:

ÓBITO DE FILHO;

· CESSAÇÃO DA INVALIDEZ DE FILHO INVALIDO;

SENTENÇA JUDICIAL QUE DETERMINE O PAGAMENTO A OUTREM (casos de desquite ou separação, abandono de filho ou perda de pátrio-poder);

Estou ciente, ainda, de que a falta de cumprimento do compromisso ora assumido, além de obrigar à devolução das importâncias recebidas indevidamente, sujeitar-me-á as penalidades previstas no art. 171 do Código Penal e a recisão do Contrato de Trabalho, por justa causa, nos termos do art. 482 da Consolidação das Leis do Trabalho.

Cuiabá, . / . - / --

Eligio De Conga Servidor





TERMO DE RESPONSABILIDADE

Concessão de Salário Família - Port.	· = Termo de Responsabilidade
EMPRESA: CODEMAT	
NOME DO SEGURADO: ELIMO PEREIRA	le sourn
CARTEIRA PROFIS. OU IDENTIDADE:	
NOME	DO FILHO DATA DE NASCIMENTO
Evandro da 5. Sanza	19-10-86
Elicte do 5. sousa	31-03-84
& Cristiane silva souza	18-02-83
Jumon Silva e sauga	在一个大型的大型的大型的大型,在1000000000000000000000000000000000000

elo presente TERMO DE RESPONSABILIDADE, declaro estar ciente de que deverer domunicar de imediato a ocorrência dos seguintes fatos ou corrências que determinar a perda do direito ao salá-rio-família:

OBITO DE FILHO;

- . CESSAÇÃO DA INVALIDEZ DE FILHO INVÁLIDO;
- . SENTENÇA JUDICIAL QUE DETERMINE O PAGAMENTO A OUTREN; (casso de desquite ou separaçaão, abandono de filho ou perda de pátrio-poder);

Estou ciente ainda, de que a falta de cumprimento do compromisso ora assumido, além de obrigar à devolução das importân cias recebidas indevidamente, sujeitar-me-á as penalidades previstas no art. 171 do Código Penal e a rescisão do Contrato de Trabalho, por justa causa, nos termos do art. 482 da Consolidação das Leis do Trabalho.

Cuiabá, 24/03/88

Elixio P. see Gounge Servidor (segurado)

CODEMAT COMPANHIA DE DESENVOLVIMENTO DO ESTADO DE MATO GROSSO

			FICHA DE ID	ENTIFICAÇÃ	0	BETWEET T
1- DADOS PE	SSOAIS		Nº DA MATRICULA:		4 - ANOTAÇÕES	
ELIDIO PERE	EIRA DE SOUZA	Hacon		DATA	(ALTERAÇÕES) VENCIMENTOS E CARGOS	VALOR
NATURALIDADE :	27.03.59 ILEIRO	PROFISSÃO: FUNC.PL	asileiro	26 .42. 84	CONTINUO N.04	220.540
AV. B	RASILIA S/Nº BAIR			01.01.85 1º.07.85	servente	385.945 695.859
MAE	DOMINGOS DE SOUZA		casado	AND THE REST OF THE PARTY OF TH	REAJUSTE SALARIAL NIVEL 04 CONVERTE/CRUZADO NIVEL 04	1.317.609
2 - DOCUMENT RG. Nº 167.410	OS DE IDENTIFICAÇÃ	The second second	SÉRIE:	12.04.86	REAJUSTE SALARIAL NIVEL 04	1.303,19
ORGÃO EXPEDIDOR	SSP/MT SÉRIE	/ /		1º.02.87	REAJUSTE SALARIAL NIVEL 04 REAJUSTE SALARIAL NIVEL 04	1.986,00
56.794 CART. DE RESERVISTA Nº 484	CATEGORIA		DATA EXP.: REG. MILITAR:		REAJUSTE SALARIAL NIVEL-04 REAJUSTE SALARIAL NÍVEL-04 REAJUSTE SALARIAL NÍVEL-04	3.336,00 4.003,00 4.804,00
140.339 CPF. Nº	ZONA: 18	SECÇÃO: 161ª	ESTADO:	W. C.	RECLASSIFICADO N-10 Reajuste Salarial Nivel 10	8:735:00
3 - DADOS FU	NCIONAIS	1700	321669 -6	1º.10.87	REAJUSTE SALARIAL NIVEL-10. REAJUSTE SALARIAL NIVEL-10	10.148,00
DATA DA ADMISSÃO:	26.12.84	FUNÇÃO: CONTINU	D N.04	19.12.87	REAJUSTE SALARIAL NIVEL-10	11.244,00
4 - ANOTAÇÕE	ES	OPÇÃO FGTS	* 26 / 12 / 84	19.01.88	REAJUSTE SALARIAL NIVEL-10 REAJUSTE SALARIAL NIVEL-10	13.411,00 14.643,00
PERIODO ADQUIRIDO	PERIODO DE GOZO	PERIODO ADQUIRIODO	PERIODO DE GOZO	19.03.88	REAJUSTE SALARIAL NIVEL-10	17.014,00
		42	* **	1º.06.88	REAJUSTE SALARIAL NIVEL-10	24.287.00
4			at the Alberta			
	*	- C-V-C-				
				***		1
ODIGO - 4131/02		1000	174	y*		

		F	icha de S	alário	Famil	ia				07-11.
EMPRESACODEMA	Т					-1000				•
ENDERÊÇO PALACI	***********************************	2	CPA	**					.N.P.S	
Nome do Empregado ELIDIO	PERETRA DI	E COTTA	CPA			CUIAI	3A,	<u>MT</u>	•••••	
Data da Emissão na Empresa	6/18/184	C SUULA					<u> </u>	N.º do I.	CAN THE STREET	
							Dat	ta da cessação	da relação d	e emprego 15/08/82
	3	FILHOS I	MENORES DE 14	ANOS — (T			74:30			
N.º NOME DO FI	LHO	Data		× 100	5 DEC	1	1	and the second	7.	
Ord. NOME DOFI	CHO .	Nascimento	Local Nascimento	Cartório	Nº Reg.	N.º Livro	N°. Folha	Data Entrega da Certidão	Baixa	Visto da Fiscalização I.N P.S.
Ol JUNIOR SILVA DE S	OUZA	19.06.81	CUIABA/MT	3º OF.	46364	35A	163	05/85		
02 CRISTIANE SILVA D	E SOUZA	18.02.83	The second secon		**	50A				
03 ELIETE SILVA DE S	OUZA	31.03.84			76667	58A			*	100
04 EVANDRO DA S. SOUZ	A STATE	19.10.86		2	70007	2011				
					All and the second			03/88		362
2.653	2 / 10/24/62		0.00	<u> </u>						
	1970-57				98	100				
		7.967			30			35		
	16	G_0		1.	*	J-10-1			Signal and a	
						10 to				
									1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	Walk Sold Commence
*			35.4				100			
		44		# 47 t.	A 62 8 8	Callette.				
alor de um Salário Familia em	1º de MAI	0 de 19 8	35 c.: 16.656	5.	Secretary.	A	10	about g		4 5 4 5 4 5 4 5
lterado em	de Novemi	BROde 19 85	C-\$ 30.00					e Muz ç		19 87 Cr\$ 60.40
lterado em	de ALSICO	de 19 80	C 40.00					le Jan ei		19 88 Cr\$ 153, 00
BSERVAÇÕES :		uc 19.0 k	- CI\$ 10,00		Alterad	o em) - e	le <u>Jeverei</u>		19 84 Cr\$ 380, 00
	13/23				A			23.1 MC-10.0 TO M. 1	OS SALÁRIOS A PA	
			13 S. C. P. St. A.				Section 1	may		19 88 Cr\$ 232,40
***************************************				675	SELECTION OF THE PARTY OF THE P	r de	1000	200	NEWSCOTT PT \$400 AND PT \$1,000	19 88 Cr\$ 246,60
					SALES STATE OF THE SALES	r de \\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\	- 12000000000000000000000000000000000000	mai	A STATE OF THE PARTY OF THE PAR	19 88 Cr\$ 295, 90
CEBÍ OS DOCUMENTOS ACIMA - Data da R	escisão	* . 1	/ 10		STATE OF THE STATE	de	10030-1000	(-1)		1988 C-\$ 418 80

-							FICHA	FINANC	EIRA							
APARTIR DE	VENC. PADRÃO	GRATIF	саçãо о	UTROS	NOME: ELI	DIO PERE	IRA DE SO	OUZA	* 1	4 1	DATA DA	EMISSÃO:	26 / 12/	SER	- 2	8 7
				- 190		GENTE DE	T.TMDSZA	-	100			1110		COD		
		1 22				CENTE DE	milit Anu				NIVEL:	1 4-	3.44		TRICULA N	
				4 3	EXERCÍCIO:	1.988	2-3K	dk.				CON. IMP. R	17.80004/1000	cz\$	04	
			9		LOTAÇÃO:	G.P.C		Salar .	1 1/2	The officer	N. DEP. E	CON. SAL.	FAMILIA	cz\$	00	
ESPECIFI	CAÇÕES	CQD	JAN.	FEV.	MAR.	ABR.	MAIO	JUN.	JUL.	AG.	SET.	200 A	NOV.	DEZ.	13°SAL.	TOTAL
SALÁRIO			- 1	14.643	0017.014.00		17.014.00	24.287.0	29.838.00	36.657,00	/	13.00				
REPRESEN				,	939	7		100	1	1	0.0	PY				
HORAS EX	KTRAS			4 7	- 50				.7	16.	1.0618.	1				
INSALUBR	RIDADE				-	E CONTRACT	The Carlo	10	1.48	100	45.0	1	120			
	A SALARIO		1,636 41		182	Control of the contro	100	100		/	ale .	1/3		1		
DIARIAS		7 - 1	T NIA					4.5		8	7	1	Control of the Contro	5000		
FERIAS		-			Ÿ	2012		4	,			6	20		The state of	
A DICIONA	AL 6/0			878.5	8 1.020,84	1020,84	1.020,84	1.457,22	1379058	2199,42		112		19		
						6	_ an	27	75 .	•				450		
ABONO P	EC.					6.00								4 3 3		
AJ. CUST	0				1000	- A	4	9	100						1911	
13° SAL	ÁRIO						OF y	1	to King		100	1970	3.5			
SALA'RIO	FAMÍLIA			540,0		986,40	1.183,60	1.047.60	1.056.40	, , , , ,	7.00			1 10		12 478
TOTAL D	OS PROVENT.		1.626,41	16.061,2		19.021,24			967				138			7.00
IAPAS			138,24	1.358.	14 1.528,42	1.578,05	1.578,05	2.252.60	276745	+				12		
CONTRIBU	JIÇÃO SINDICAL		J		1 567,13		11/							12.0		2144
SEG BOA	VISTA		14,000	285	331,77	331,77	331,77	473,59	581,84	714.81		- 14:		# 12		
CAPEMIC	ONSIGNAÇÃO					7		16/15	1/2 1					130	7 (100	
CAPEMI	SEGUROS			1	4 2 2	1	*	No.	Time .	12,11-30						
IMPOSTO	DE RENDA		100	1				9		9	-			46		200
ASPEMA	Ŧ							,A		10.4						
ANULAÇA	TO DE PROVEN	T.	*		9				alt -x - y							
D.B. / A.S	.C.		240,00	100	*	(7)			5 1-							
ADIANT.	SALARIAL		1	100			4	Sec. K		ga tradition						No. 1
A.Ş. CO DI	EMAT		To the	109,80	2 127,60	170,14	170,14	12002.	2981	-					40 C N	
mul	artero		,X	2.000	00,000,00	2.000,00	3.529,00	T				1			7	Jan Carlo
	inense								6.065,00			N. N. C.			See and	
Vale +	rians porte				(har-					1.490,28					V-25-	
J	,			7.7							100					
					47	/-j			land and		100 Str.		1		15	
								*	2.		71	27.75.5	1	198	13.5	2.00
							100	1		* *		189	VARIOUS			
							,									
		1		27520	0 1165492	1107001	1510001									

FICHA FINANCEIRA

A PARTIR	VENG.		GRATIFICA	CÃO OUTR	NOME	. ELIDIO	PEREIRA I	DE SOUZA		-0.				DATA D	ADMISSÃO -	26 / 12 / 84
DE	PADRÃO		Marin 1979 and Alan San	VAC COTK	PROF	ISSÃO;					CLASS	E:		SERV.	cópigo	8 7 4
	*				CARG	o: AG. LI	MPEZA *				NÍVEL	· 94 10	**	MATRI	CULA Nº	
				20	EXER	cício: 19	87		3.00		N. DEF	ECON. IM	P. RENDA	Crs 0	4	
	÷ .	-	- 1		LOTA	ÇÃO: GPO	1	1	-		N. DEF	تعد	L. FAMÍLIA	Crs O	3 .	MATERIAL STREET
ESPECIFICA	ÇÕES	CÓD.	JAN.	FEV.	WAR.	ABR.	MAI.	JUN.	FJUL.	, AGO.	SET.	1	NOV.	DEZ.	13º SAL.	TOTAL
SALÁRIO .	2.	-	3905	99 10 00	278000	2 2360F				4.804.00		4 4 00	0 92 0		13- SAL.	TOTAL
GRATIFICAÇÃO				- 400	30	14.5.00pt	1000	10,000,00	4000 100	71007,00	3.311,00	1.000,00	21 0 32 W	יטורן.ון		-
REPRESENTAÇÃO		118	100	14	1 1 1 E	100		462		-	8.	1 19				
HORAS EXTRAS		300	1777		1850	100		. 17	7 1	-	(3)					
INSALUBRIDADE				3	1150 1 6 2	10			776	-	2		100	3 3 4 4		
DIF. SALÁRIO		05	331,00	11. 60	Sec. 1			C693 08	8832,62		250,00		100	1 3		
DIÁRIAS					14. 1	A STORY		0015,00	00000		230,03	100				
FÉRIAS -			1 . 1 - 1.		1915.504	16	J. 17 1 1	1 413	1	*		-	1.91	15 16 7 7 7		
ADICIONAL	60/0	09	170	141.90	11/120	13244	133,44	196012	19216	19011	91484	0.18.2.2	252,96	72600		
TRANSFERÊNCIA		1	,		110	1-211	1-1-1-1	900	110,16	114,16	20,07	20034	92716	736,92		
		*	550	A	1	Section 1		19	1.4	AL TEN	S. W. S. C.	1 2			100	1.0
ABONO, PEC.			- 87		EF VY	1 To 1 To 1	43.			2 3 3 4 5	1000		1	1	100 11 34	3-1918
AJ. CUSTO	:-					1	**			1920 Car 1940	2.50	*	100	19 19 19 19 19 19 19 19 19 19 19 19 19 1	4	AND STATE OF
13º SALÁRIO			*	C	38, 394	1000	5 7	1 227	7 3	*			****	300	100	A STATE OF THE STA
SALÁRIO-FAMÍLI	A		144,72	144.79	205.20	905.20	946 94	99000	9860	295,50	20927	3911.00	2 24100	202		
TOTAL DOS PR	OVENT		475 79	3,035 9.9	3.096.40	3 640 60	371500	515000	C 104 20	5,291.66	202,23	2010	111 22200	382,50		
IAPAS			28.14	245,75	23100	704 05	99490	41000	6.124.28	1194 7	10.051.11	HO'412 25	11.508.96	13.060,42	1 1300 =	April Marie Marie
CONTRIBUIÇÃO SI	NDICAL		30,11	X75/42	9267	חבירו איי	0-17p10	712,85	495,45	424,67	852,44	88242	1.006.65	107,32		1 117
SEG. BOA VISTA		50		36,91		2100	71,20	21:20	71.20	1190	71.00	Mino	31	11.0 (0)		
CAPEMI CONSIGI	NAÇÃO			10/2.1	20/17	THOU	Hace	#1,00	11.00	71,20	71,20	47 900	71,20	142,40	A Speller Service	A 17
CAPEMI SEGURO			•	14.	1	1.4		7 7	THE THE THE	144	4.1	1 2				76.3
IMPOSTO DE REN	NDA			6 . 5			3		-		4 400 300 3	500	8 . 3	277	Contract of the Contract of th	
ASPEMAT	3			7 Vp	1000	0	1	8° - 1	V- 12- 2- 5	0.48			MODELLE COL			
ANULAÇÃO DE PRO	VENT.			9.0		. 6	4		A 18	A - 3		* ·	1	XD AL	7	
D.B. / A.S.C.				10-11-1	-	100			£			yet the A	2 14		30	* 4 ***
DIANT. SALARIA	L						7.8			7 7 4			1966/154 1571/1571	31.3		
A.S. CODEMAT		1		20,85	20,85	25,02	-	30.00	20 07	SCHOOL STATE OF THE PARTY OF TH	10.0	Y200	01.00	00	16.3	
Unimed		1		47,16	0,81	9010A	25,02	30,02	36,03	47,04	9,64	4399	81,99	89,55		3 34
farmacia 5	LL BUK	2/19		77/10	60,03											1.1
Domerual R		111		-	246.35		1									
MUFATAO		72		9.0	€ 76,55°	19				(00.00	9/0		2000	1 000		
TOTAL DOS DES	CONT						-	C111 - 71		600,00	760,00	1 - 10	2.00 0.00	1.835,00		





Ficha Financeira

A PARTIR	VENC.	100		NOME:	ELIDIO	PEREIRA	DE SOUZA	MALS		DATA DA	ADMISSÃO:	26 /12/	84 GRUPO	NS T	
DE	PADRÃO	GRATIFICAÇÃ	OUTRO	PROFI	PROFISSÃO:					CLASSE		3/24	DEP.		
010183	3(59451)		1,574,87	CARGO	MGO: GONTINUO AG. LIMPEZA				NÍVEL: 04			MATRÍ	MATRÍCULA Nº 1		
01,07,85	695,859	1000	heles	EXERC	doin.	985		100	3.7%	N. DEP.	ECON. IMP	RENDA	Cr8	04	- Spin
0 10 11 00	6-0100		8.470	LOTAC	Pin I have been been been been been been been be	THE RESERVE OF THE PARTY OF THE				_	ECON. SAL	100	Cr8	03	A
				The second second		14	4	· 表现的							
ESPECIFI	CAÇÕES	JAN.	FEV.	MAR.	ABR.	MAI.	וועליי.	JUL.	AGO.	SET.	OUT.	NOV.	DEZ.	13º SAL.	TOTAL
SALÁRIO		38594563	385.945.7	385.945	385 945	385.945	385943	688,359	6.95. 859	695.859	645.854	691 819	695.859	44	
GRATIFICAÇÃO			3 5 3			18.55	. 4				1.0	A BURNEY			- f
REPRESENTAÇ	ÃO			2.4	47. 2	1999		0 50			13	2 0 1	100 200	,	-00-
HORAS EXTR	AS		- 17	13.7	100	100	15	30 GOD.	133,160	」,是一位是		86.92	69.576	A. A.	- U
INSALUBRIDA	DE		- 44	THE N. P.				1	1 1997		The same of the sa		4.7	24	141
DIF. SALÁRIO			4	New Control		1 16		10 W					1	Chi.	
DIÁRIAS			- 50	7 448		1 1200	No. of the	The .			16	8		125-17	
FÉRIAS					3.000		- 1	194	4 .48		100	196819			M
AD:CIONAL						40		allette Co		18		T AND Y			1
TRANSFERÊ	NCIA				10 mm	218		1	7						
12 SONO			.45%	7	c	The same	official and			4		231933	100	10 mg	\mathcal{L}
SUB-TO			7.0	A Delaying	W 42000	1. 1.			B.	100	111111111111111111111111111111111111111		4.7	19 10 10	
AJ. CUSTO			1	14.3	25.1	the second	ast.		The first of	Physical Conference of the Con	125			1000	
139 SALÁRIO	D		16	S. N. I	WIF I	1,000	- 14 TW	The state of	- 6		130			695.859.	
SALÁRIO-FAN	MÍLIA	24.9841	24.9842	24.984	24981	49.968	49.462	49.968	49.968	49.968	49.968	180.000	90.000/		for ru
TOTAL DOS	PROVENTOS	410 929	410.909.	410.999	410929	435.913	435.9132	7844.23	884.987	884.987	745 8271	1890 646	813.435		
IAPAS		32.806.	32.806	32.706	32.806	32.8062	52.8061.	69.4 19	91.399	9/329	59.148,	125-689	65062		Charles and
CONTRIBUIÇÃO	SINDICAL	15.1	9	12.865		1-100	27/20	2.5	4			21.7	1		The State of the
SEG. BOA VIS	TA	1.8129	1812 -	1,812	1-812	1.8121	1812	1.812	1.812	1.812	1.810	2.624	18/2 /-		
PENSÃO ALÍM	ENTÍCIA			100	7.4		P	J. 184		1		1000		To be	Stall In
SUB-TO	TAL	20					100		13 10 1	133			17	100	
IMPOSTO DE	RENDA	5.4	9-7a			12	0,000	4-8-						100	
ASPEMAT		4376				11.58			16				3 4 5 18	4	BACK TO THE
ANULAÇÃO DE	PROVENTOS	7/2	1			1,65					Dest	W 35 7			6.627.225
FASC				1200		4389	Sec.		A / S	1-1-8-01		100	45/28	1	ACKE TO
ADIANT. SALA	RIAL		14, 11				Naver			4,8 1,568	Mark The Land				1
A.S. CODEMA		(312)	8.328	8.328	8-328	16.6561	16.6161	5 219	5.219	5.219	5019-	10.438	1818 5	A STATE OF	BANG SAIL
D. B. / A. S.C.		1	0.00	0.000			10010	100	3 3 3		Les A	1300	A WILL		PER SOLL
FARM		26600		- TO	19 15		159,25	16.2001	A	32,000	-	44.000-	1.33		1000000
Annar		1000		The second			1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	10.00	187	22.000	21.000	14.000		A 12 2	
TOTAL DE D		1			10.2.0	3.9	- ARC 3139	The second	77.50	4 7-17	100000	12000	The state of	MAY VILLE	

CODEMAT PALACIO PAIABUÁS - CPA 12 NO 4 18 006 156 FIL DICCOLO GERVAL

Nº PROTOCOLO: 6.156/85

Nº PROCESSO: 5.731/85

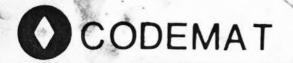
DATA 12 / 11 / 85

INTERESSADO

ELIDIO PEREIRA DE SOUZA

ASSUNTO ____

REQUER ABONO PECUNIÁRIO DE 1/3, DAS FÉRIAS CORRESPONDENTE AO FERIODO 84/85.



COMPANHIA DE
DESENVOLVIMENTO DO
ESTADO DE MATO GROSSO



Ilmº Sr. DR. GUSTAVO DE ARRUDA

Diretor . PRESIDENTE .DA CODEMAT



.ELIDIO PEREIRA DE SOUZA

funcionário da CODEMAT, lotado. GABINETE DE PLANEJAMENTO COORDENAÇÃO vem mui respeitosamente, requerer a V.Sª., abono pecuniário de 1/3 - (hum terço) das férias correspondentes ao período 26.12.84/26.12.85., nos termos do artigo 143 § 1º, da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT.

Nestes Termos

P. Deferimento

Quiabá(MT), 12 de NOVEMBRO de 1.985.

Eliatio (ASSINATURA

FLS. N. 09

Anexo ao Processo Nº 5.731/85	Sometiment of the second	De 12 / 11/85
	OS E INFORMAÇÕES	
A ALASO SECTION OF THE SECTION	salie Control Control	
	The state of the s	3.00
A 20	AF,	39
	13.11.85	
of the fun	ung.	
1 00000		
A CEAIDAR	7001	4 000
1800 instruir, con	Morme orientocas	da QH. J.
On 13/4	1185	- P
pones' eh	Chille	1 6
		<u> </u>
A Part		- A-
Ilio Joh	n. Geral	8
porda	ms mis	
an:	18/11/85	The state of the s
	DOWMAT -	
1. iver	Coma Corona	
	II a ção - DAF	- Total
Jao.		
Seton	de Am de Person	
Para	informats/	
	m 1871/85 1	
	MIN North	
	Viluzio A: udo Pinto Ch. Biv. Adm. Goral	* 1
	#100 0 - 100 000 000 000 000 000 000 000	-
A Divisão	Adm. Geral	Co. print
Ref: ELIDIO PEREIRA DE SO	DUZA	
Admissão: 26.12.84		. / %
função: Contínuo		
nivel: 04		
salário: 695.859		<u> </u>
lotação: GPC		
Assunto: requer Abono Peo	cuniário correspondente	ao período de
	2.85 de acordo com CLT.	
Informação: trata-se de s		
100	de férias que lhe será	pago ao ensejo
de suas féria	as	
	vide verso	

	Anexo ao Processo Nº 5. 731/85. De 12/11/8
	DESPACHOS E INFORMAÇÕES
9	Ao
	Setor de Adm Solaria
	Setor de Adm Bolarial Para conhermento, anotações
	e devoluci a esta Divisão.
	CODEMAT
	CODEMAT
B	Tint
	Vilozio Arrudo Pinto Ch. Olv. Edm. Geral
	Devolvemos p V.Ja Conforme Loficitação. Los (02/12/8)
	1) tup/vernos o V.Ja Conforme
1	- Solicitação.
1	-CODEMAT.
1	AT.
1	Quaren da Silva e Souza
	Chefe do Seter de Administração Salario)
1	
1	r Sita de Mar de Deu and
	Setor de Adm. de Pensal Para conhecimento e anota-
1	color.
1	CODEMAN
	(Ain)
1	Vuarto Anudo Dinto
	Ch. Div. Adm Geral
1	
38	
Sec. 17.	
Sections	
大き いっち	
400	
-	
D.	4133.1/03

CODEMAT PALACIO PARAJUAS - CPA 12 NO 16 0 L SE 006 156

PROTOCOLO GENAL

Nº PROTOCOLO: 6.156/85

Nº PROCESSO: 5.731/85

DATA 12 / 11 / 85

INTERESSADO

ELIDIO PEREIRA DE SOUZA

ASSUNTO

REQUER ABONO PECUNIÁRIO DE 1/3, DAS FÉRIAS CORRESPONDENTE AO PERIODO 84/85.



COMPANHIA DE DESENVOLVIMENTO DO ESTADO DE MATO GROSSO



Ilmº Sr. DR. GUSTAVO DE ARRUDA

Diretor . PRESIDENTE DA CODEMAT.

Protection Nº 6.15685
Processo Nº 5.731/45
Data 121 185

.ELIDIO PEREIRA DE SOUZA

funcionário da CODEMAT, lotado. GABINETE DE PLANEJAMENTO. COORDENAÇÃO vem mui respeitosamente, requerer a V.Sª., abono pecuniário de 1/3 - (hum terço) das férias correspondentes ao período 26.12.84/26.12.85., nos termos do artigo 143 § 1º, da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT.

Nestes Termos

P. Deferimento

Quiabá(MT), |2 de NOVEMBRO de 1.985.

Elidio Pale Congres

Anexo ao Processo Nº 5.731/85 De 12 /	11/85
DESPACHOS E INFORMAÇÕES	1
The test has of all your or are as of all of test of the state of the	100 Miles
Tera of social and the social respective of the social soc	The Park
A DAE,	300
13.11.85	1000
	130
of four	100
ncenton	- 6
ACERIOAR	1
1800 institut conforme oriento cas da QA. E	100
m 13/11/8	1
- Coccession of the Coccession	*
n d R	3
Allo John Jarac	10 miles
forca mes faces	1800
Man 181 11 10 5	100
/d/SDV MAT -	

Cordynador de Estudos b	7
20	
Setor de Adm. de Persoal	1
Para marin de resolt	-
1911/95	
COLEMAT	
Him _	
Viluzio H: udo Dinto	7
Ch. Biv. Adm. Goral	
A Divisão Adm. Geral	
Ref: ELIDIO PEREIRA DE SOUZA	(t).
Admissão: 26.12.84	
função: Contínuo	
nivel: 04	
salário: 695.859	
lotação: GPC	
Assunto: requer Abono Pecuniário correspondente ao período	de
26.12.84 a 26.12.85 de acordo com CLT.	
Informação: trata-se de servidor desta Cia., ora solicitand	lo o
devido Abono de férias que lhe será pago ao ens	
de suas férias.	
vide verso	

Anexo ao Processo Nº 5.	731/85		De 12/11/85
	DESPACHOS E INFO	ORMAÇÕES	
Ac			1
S	etor de Adm Bala ana conheciment volució a esta Di	lain lain	1
P	ma conforment	to anotações	
· e du	voluci a esta Di	insão.	
- 1	CODEMAN		
	CODEMAT		28 18 1 . X
	Fint		
	Vilazio Arrudo Pinto		100
1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	Ch. Civ. Edm. Geral		
A J	ymos p V.JA G		40.00
1 Stus/v	ymos o V.Ja G	whomme !	
Jo/ilite	acád.	11	
	La 102/191	/ / /	190
		DEMAT.	
	Dunra	Silva e Souza	
	Chefe do Setor de	Administração Salaria	1.0
	Λ	Mer Danielle	THE PERSON NAMED IN
		0	*
+ /	Setor de Adm de Para conhecipment	21580X	
1	Hara conteciment	to e anola-	
62			
	CODEMAT		
	A.X		
	Vuazto Arrudo Linto	_	V
	Ch. Div. Adm Garal		All Control
7.		dt.	
		7.	
		\$3	
			-
1			
3 "			

CODEMAT PALACIO PALACI

PROTOCOLO GERAL

Nº PROTOCOLO: 3.736/86

Nº PROCESSO: 3.511/86

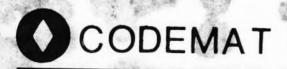
DATA 19 / 11 / 86

INTERESSADO

ELICIO PEREIRA DE SOUZA

ASSUNTO

REQUER ABONO PECUNIÁRIO DE 1/3 DAS FÉRIAS CORRESPONDENTES AO PERÍODO 86/87.



COMPANHIA DE DESENVOLVIMENTO DO ESTADO DE MATO GROSSO



	3800000		2000	URSES:	1208/2003		A		201	æ
T 1 mo	Cr.	ODT	-	TTN	TERRY	DO	DA	MA	THE P	X
T T III -	O 1	1000	BILL AL HE		1 4 - 2 - 40 30	25.0		IN M		-

Diretor a ADM FINANCEIRA

C	20	=M	AT/
Prolocol	i lio	3.73	6/86
Properson	No.	3.51	1186
nut.	9	11	Xb
621.		1	
Str	iso d	6 Proto	colo

ELIDIO PEREIRA DE SOUZA

Nestes Termos

P. Deferimento

Cuiabá(MT), 19 de Novembro de 1.986

ASSINATURA

Anexo ao Processo Nº 3.511/86	De_19 / 11 /
DESPACE	HOS E INFORMAÇÕES
A CEA/AIRAF	
	- Lavisão de adm. Comal -
Para instrum o Are	sente processo com todas as i
forma coès necessa	in a distribution of the state
4	Carallatta
	Odilsa Dinheiro da Matte
	- CODEMAT - Cun 19/11/86
0	
do de	
Setor de adm d	The state of the s
Para informar	
em 19/11/86	
CODEMAT	
Ail.	
Vilazie Actuda Dinto	
Ch. Div. Idm (Geral	
A	
D. A. 6.	
Informamo	a 2.5° que o servidor
	alono de 13 de suas
férias, uma vez efeluada dentro	
143 \$ 1° da C	
Debua ree	AND THE PARTY OF T
suas ferias marc	1
focus.	Em 20/91/86.
100	Magues Leino.
	Nilza D. Taques Dieira Chefe do Setor de Adm. de l'essoal
<u> </u>	- CODEMAT -
	TANTOO
CEALDIRAF	77.7
Jace as inform	acces do Setor de adm. de Pess
que constata os dire	itos do servidor, opinamos pe
The state of the s	ente processo.
	23.11.86
	ODEMAT/
	dint
Ch. O	Oteruda Dinto

Anexo ao Processo Nº			De 19 /11 /
0	DESPACHOS E I	NFORMAÇÕES	
- Bo			
Lito	de adm de	Pessoal	100
- Par	a anotações.	The state of the s	
Con	21.11.86	2	
0	- CODEMAT		130
	A.M.		F 4 14
7),	lasto Acruda Pinto	6	
	Ch. Div. Adia. Goral		
Para amoto	a em licha		() () () () ()
férias e a	raviva		
Em 28/11/80	nem ficha o nguivar Maguseler		1
- Marie	Nilza S. Caques D. Chefe de Sefer de Adm. de F	inira -	And and
71 300 4	Chete do Sefor de Adm. de P	essoal	A 180
	100		100
			20 %
	7	4	
		20	S. Carrie
			7
	1	7	
14	10.		
			100
00			
As a second		4	7 42
4 4 50			3.
1.15		4	
			0.8 A
			9 %
	C.		¥.
	00		
- 1			
6	4.5-		
12/4/2	The state of the s		
10140 CT - 2	100	*	
-1/03	Mary Mary	TRE TY	

CODEMAT PALACIÉ PALACIÉS - SPA

Nº PROTOCOLO: 1.075/88

Nº PROCESSO: 814/88

DATA 24 / 03 / 88

INTERESSADO

ELÍDIO PERETRA DE SOUZA

ASSUNTO

SOLICITA CONCEDER RECLASSIFICAÇÃO SALARIAL



CODEMAT COMPANHIA DE DESENVOLVIMENTO DO ESTADO DE MATO GROSSO

ILUSTRÍSSIMO SENHOR DIRETOR PRESIDENTE DA COMPANHIA DE DESENVOLVIMENTO DO ESTADO
DE MATO GROSSO - CODEMAT

CODEMAT
Protocolo Nº 1.075/8
Processo Nº 854/88
Data 94/03/88
Serviço de Protocolo

Elidio Pereira de Souza, Segurança, nível 10, contratado pela CODEMAT a partir de 26 de dezembro de 1 984, lotado no GABINETE DE PLANEJAMENTO E COORDENAÇÃO, vem mui respeitosamente requerer a V.Sª., a Reclassificação para o nível 13 da mesma categoria funcional.

Nestes Termos

P. Deferimento

Cuiabá, 24 de março de 1 988

Elídio pereira de Souza



Se 02

ANEXO AO PROCESSO Nº 814/88	21	03 , 88
INTERESSADO (A)	DE 24. /	03 / 88
ASSUNTO:		
DESPACHOS I	E INFORMAÇÕES	
10 SEAP		
Para installin	Mus 3403 884	
" Millian as		
Marcia Qi Almeios		
Chete de Servers a totassis		1
- 600 12 11 11		1
A DIAF		
Luparno a V.S. que o sua		
per adricte do em 26 de de		
funios de Continuo vide	04. Couprine piscesso	10. 4.136/87
o sewidor for enguadrado p	are Ajente de Seguranco	- nidel 10
eur of de julho de 1987.	Hi a present date exe	erce as
Jucanias funciós e pero se las		
will 10.		
- CSQ 25/03/Xf		1 40
- Hooking		in Control
Tabajara Pereira Martel	- 4	6 M
Shefe do Setor de Administração		
		2000
SEAP.		
· · ·		18 V
- Taio agrada	HI -100	
7 10 S	25/03/88 Psoys	334
J. ch	Ana Meria Nogueira Borges	Total Control
Drawide se	Dir. Adm. Financeira — CODEMAT —	
CSC 14-08-18		
10 10		
(do her		
Cabajara/Nerelea Maciel Chefe de Sejor de Administração		
Pessoal		
A=		

POALACIO PANACOCE - SA

-9 Ja # 10 15 6 8 4 2 8 2

PROTOCOLO Carisil

Nº PROTOCOLO: 4.282/87

Nº PROCESSO: 4.136/87

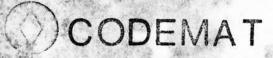
DATA 09 / 07 / 87

INTERESSADO

GPC - CABINETE DE PLANEDAMENTO E COORDENAÇÃO DO GOVERNO DO ESTADO

ASSUNTO

SOLICITA A PROBABILIDADE DO REENQUADRAMENTO DOS SERVIDORES, ODILO CONÇALVES DE MO-RAES E ELIDIO PEREIRA DE SOUZA, CONF. OF. Nº 122/87.



ESTADO DE MATO GROSSO GABINETE DE PLANEJAMENTO E COORDENAÇÃO DO GOVERNO DO ESTADO

OF. Nº 122 /87

Cuiabá-Mt., O6 de julho de 1.987

Processo Nº 4. 3.6187

Processo Nº 4. 3.6187

Data 09 107 187

Church

Service de Processo

Senhor Presidente

Vimos através do presente solicitar de V.Sª., a probabilidade no sentido de efetivar o reenquadra mento dos servidores, ODILO GONÇALVES DE MORAES segurança ni vel O6, ELIDIO PEREIRA DE SOUZA Agente de Limpeza Nivel D4, para segurança nivel 12, tendo em vista que os mesmos se en contram exercendo a referida função neste Gabinete.

Aproveitamos a oportunidade para aprese<u>n</u> tar os nossos protestos de estima e consideração.

ALDO PASCOLI ROMANI

Secretario Chefe do Gabinete de Planejamento e Coordenação do Governo do Estado

Ilmº.Sr.

ERNANI ADRIANO DE ALMEIDA CAMARGO

MD.Diretor Presidente da CODEMAT

N E S T A

ANEXO AO PROCESSO Nº 4.136/87	DE 09 / 07 / 87
INTERESSADO (A)	
ASSUNTO:	
	A 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1
DECRACHOS E INFO	DMACÕES
DESPACHOS E INFO	THE PARTY OF THE P
to seter de 1dm Pe	r O to Advi
	acout de Dixeter Admi
Financeiro, eucaminho o prese	de eccesso com maran
· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	edo
Marcia Const	ualo Confisirida
Do Dinto Administrativo Financio	EMAT -
Conforme solicitacas em amero o re	ume de liche lungional dos
require tes:	
The spirite is	
Odilo Soncalles de Moraes = o sucidos foi a	duitido em 19 de autisso
de 1984 para exercer or friencies de Ajente	de Seguranco - midel 06. Als
a presente data o mididos exerce os fun	nises ca faute de Segurance
e puese Vincimentos no valor de cest	
chitos e animinto e sus aujodos) milel	06.
Elidio Pereira de Sante - o servador p	or admitido em 26 de
dezemisio de 1984 para exercer es fund	wis de continuo-xilel 04.
Atí à presente data a sulidor exerce	
percese devimento no valor de ezg_4.	804.00 (guálo mil aito-
eutos e quatro cruzo dos wille or.	\$ 4 ml
The state of the s	informor.
enioso la de Juli	hs de 1987
Thaiara Dereira Maciel	
- CODEMA	
1 A fintania	
In morros regunas persolu	u policinis minel-10 out.
0 1 1 1 1	with Elidis pare regurance
mivel-10 nor problemas trabal	histor de tronwers!
	ivel 30/ plands lguipaices
10-	8-82 1111 58-8
	all 4

Anexo ao Processo Nº 4.136/87	De 09 107 18-1
DESPACHOS E INFORMAÇÕES	
Ro	
BO SEAS	L
Para providenciar conform de diretor dam tinanciero	re autorização
do diretor dam tinanceiro	Page Division of
Em 16/9/87	
Nilson de Arruda Pinto	
- CODEMA:	
ADAS	
1 2149	
- Providenciado, eners	nin homes
a V. Si nous os des	ides fins
	1
Em 18.9.89	3-1
Marcelo La U	
Chefe do Seter d — CODE	e Adm. Selarial MAT —
	1
go s	
5EAP	392
Para conhecimento, austaçõ	es e arquivo.
Com 21/9/87	and the second
(m. x 31 31 07	
Milson de Arruda Dinto	
TAMESCO STATEMENT	
Visto.	
de cada pervidor e argundor mas justos a	to mesmos.
C50' 21/09/87	,
(Juliu	
Che of the control of	
/	

18 100 16 10 8 003089 PROTOCOLO OSTAL

N° PROTOCOLO: 3.089/88 N° PROCESSO: 2.559/88

DATA 18 / 08 / 88

INTERESSADO

ETE DE PLANEJAMENTO E COORDENAÇÃO DO GPC .

SOLICITA A CONTRATAÇÃO DO SR. IRENO VICENTE CÂNDIDO, EM SUBSTITUI ÇÃO DO SERVIDOR ELIDIO PEREIRA DE SOUZA, CONFORME OFÍCIO Nº 0264/88.



CODEMAT COMPANHIA DE DESENVOLVIMENTO DO ESTADO DE MATO GROSSO



ESTADO DE MATO GROSSO BABINETE DE PLANEJAMENTO E COORDENAÇÃO DO GOVERNO DO ESTADO

DF. Nº 0264/88

Cuiabá, 15 de agosto de 1 988.

Protocole Nº 3.089(88)
Protocole Nº 2.559 (88)
Oate 18 08 125

+ BULL et de:
Sarvigo de Protocole

Senhor Diretor

Através do presente estamos fazendo retornar a essa CODEMAT, o servidor ELIDIO PEREIRA DE SOUZA, que se encon trava à disposição deste Gabinete de Planejamento e Coordenação, para que seja efetuado o desligamento do referido servidor a partir de 15 de agosto do corrente.

Solicitamos ainda, a contratação do Senhor IRENO VICENTE CÂNDIDO na função e referência, em substituição do servidor supra mencionado, tendo como efeito a partir de 12.AGO. 88.

Aproveitamos a oportunidade para apresentar es

nossos protestos de estima e consideração.

Sub-Secretário do Gabinete de Flanejamento e Coordenação - GP(

Ilmº. Sr.

ERNANI ADRIANO DE ALMEIDA CAMARGO MD. Diretor Presidente da CODEMAT

NESTA



ANEXO AO PROCESSO Nº	2.559/88		DE 18	08 + 80
INTERESSADO(A)				To Call A
ASSUNTO:		A3 ************************************		
ASSUNTO:				
	100			
A Second	The state of the s	7		
000		IN CORNE	+ n o F a	
DES	PACHOS E	INFORT	ACUES	
10 2				
AID D'A	F pera prov	demains	50000000000000000000000000000000000000	2
	21/02/20	And the second		4
The state of the s	64/00/00			The second second
44.4	Damay	-	7.00	
	Ernani A. A. Camargo Diretor Presidente	1 15 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	4	0 1 1
, "A.A.	- CODEMAT -		Cura Las	the second second
A Dat.	1		00000	
AND RESIDENCE OF THE PARTY OF T		5 + 4	380.035	9 10
Le pertir de 15/08/	penson C	entratação .	do seur dr	Frens V las
2 partir de 15/08/	88.	100	ar are	
		. 26/08/	88	
A PARTY OF BITTER			Bull	akidii
	Anna bud	VO . was as were	July .	8704
1 8		of the	Aldin Noguri	
AO SEA	f -	Trees.	Dir. Adar Financ	eira
			CODENIA	
	Mary San	- C	10-64	4.3
(ara Cou	YO OH	Contraction of		
	The man			-
and a	* ///	spensach.		
Ocyponia oc	Secon o	la fleretori		
1			19	49
Miller	Arruda Pinto	•	08	**
mviale d	Pagurada Humanna	,	88	200
The same of the sa				- Ac.
	The state of the s			34
	F 100 200	Ale .		SE.
Vist		30.0		
" horeder a cont	tratoria a rus	to do 1che	1.0	
eauforne detur		1100	104	
acrus	al nova do e	ARF.		
	esi 29-08-88			
The state of the s	1 1)	-0		
	. Cuchu	3		
Chefe do	Setor de Administração	0		
	Pessoal Pessoal			
A STATE OF THE STA				
	The second secon			*
A STATE OF THE STA				and also

CODEMAT DESERVOLVIMENTO DO ESTADO DE MATO DE SEO

25,°				1	A546.00	F	ic	h a	*	de	7	Co	n	r	10	e	de		Fé	r	ia	s			
ELIDIO PE A ADM. 26.12.8	3,16	RA [Œ	SOU	ZA	•		CAR	30:	CO	DNT:	INU	0	N.C	04		, it	0		T	LOT	AÇĀ	GPC F		Ace
073						60					M	Ê S	D	E (30	ZO		*	173	ない	475	. 8			
Periodo Aquisitivo	Jan	Pe :		Abr Mai	Jen P	la la	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Ma	Jun Com	- Jack	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Periodo de Gozo		0/1
.12.84/85	X	66				1 3	15				0.00	当者				Ä		9	3	â			13.01 a 11.	02.1	620
.12.85/86										4	7	87	adic	mo			-			e de la constante de la consta			05.01/24.02	1 767	
.12886/87										9		X	8	Al	70Y	10				7116	100	and the	14.01/02.02	.88	-
87/88						3	*		7			X	39	A 18	All I		1	2					14		
197	40		707		100			E.	Į.				400,000	1	9			1		9			•		•
			9		200								165	1	1				300	7	200				0
100	1															2			3	2		100	190		die
	1																			4	g all	120		65.	
																1				1		.55		-	1
*																O		- 27	mini i					•	and the second
6								1						1	-	13		2	1	1	+	-	- 39		79

<u>C O M U N I C A D O</u>

DO: SETOR DE PESSOAL

Nº: 846

AO: ELIDIO PERETRA DE SOUZA

Atenciosamente,

Chele de Seier de Administração Salaria

COMUNICADO

DO: SETOR DE PESSOAL

AO: ELIDIO PEREIRA DE SOUZA

Aguardamos a carteira profissional de trabalho e Previdência Social, para as anotações.

Esperamos contar com a atenção de V.S. desejamo-lhe uma feliz férias.

Atenciosamente

CODEMAT

Nilza Daques Dieira hefs do Setor de Adm. de Pessoal

- 12/01/87 Elistic

COMUNICADO

DO: SETOR DE PESSOAL

AO: ELÍDIO PEREIRA DE SOUZA

Conforme Escala de Férias, comunicamos a V.Sª., que se encontra creditado em folha de pagamento do mês de Dezembro/87..... à importância relativo ao salário do corrente mês e as suas férias regulamentares do periodo 26/12/86 a 26/12/87, devendo V.Sª., entrar em gozo das mesmas a partir de 14/01/88 a 02/02/88

Aguardamos a carteira profissional de trabalho e Previdência Social, para as anotações.

Esperamos contar com a atenção de V.Sª desejamo-lhe uma feliz férias.

Atenciosamente

Cabajara Pereira Maciel Chefe do Setor de Adm. Pessoal —CODEMA!—

Elistis pal Souza

CODEMAT PALACIO PALAGUÁS - CPA 12 MIN 1728 5 005977

PROTOCOLO GERAL

CODEMA

Ilmº Sr.

Diretor . ADMINISTRATIVO FINANCEIRO DA EUDEMAT

ELIDIO PEREIRA DE SOUSA

funcionario da CODEMAT, lotado DO GARLNETE DE PLANEJAMENTO E COORDENAÇÃO_ vem mui respeitosamente, requerer a V.S., abono pecuniário de (hum terço) das férias correspondentes ao período 26.12.86/26.12.87, nos termos do artigo 143 & 1º, da Consolidação das Leis do Trabalho

Nestes Termos

P. Deferimento

Cuiabá(MT), 12 de novembro de 1.987

10 de ouga

O servidor tem directo ao que reguer. Mas périos estas marcados para Janeiro/88. Apor ametarises 1 170 SEAP

devolver a este SEAP.

Che 16/11/87

Devolvemos a V. S. com as devides anotous.

Em 16.11.8

Marcelo de Costa Marques Chefe do Setor de Adm. Salaria! CODEMAT .

aviso previo ao empregado

Firma	C	OD	E	MA	T.
-------	---	----	---	----	----

Nome do Empregado

ELIDIO PEREIRA DE SOUZA.

partir Refresola data da entrega deste, não mais serão Pelo presente notificamos que a... utilizados os seus serviços pela nossa empresa, e por isso vimos avisá-lo, nos termos e para os efeitos do disposto no art. 487 — ítens I e II — Cap. VI — Título IV, do Decreto Lei nº 5.452. de 1.º de maio de 1943 da CONSOLIDAÇÃO DAS LEIS DO TRABALHO.

Até o término do aviso prévio, por força do art. 488 da CLT V. S.ª terá seu horário de trabalho reduzido de duas horas diárias sem prejuízo de seu salário, a fim de procurar outro emprego. Nestas condições, sua jornada de trabalho terminará duas horas antes do horário normalmente previsto.

Solicitamos a devolução do presente com o seu "ciente".

Shalara Pereira Model Cuiabá

agosto

Assinatura do Responsável, em Caso de Empregado Menor

88

Jerusa Maria Gaido Faulo Fiscal do Trabalho - Cle 2120 2º DOBRA

MINISTÉRIO DO TRABALHO	
Comunicação de Dispensa CD 1034	041518
nome do dispensado	
3 E L I D I O P E R E I R A D E S O U Z A	13111111111
endereco do dispensado (rua, avenida, quadra, travessa, número, bloco, apartamento, fundos, etc.)	OF UF
AVENIDA BRASILIA, S/Nº - BAIRRO NOVO HORIZONTE	78000 M
atividade econômica-IBGE trabalhador rural?	C03 474 053 7 000 - 32
4 0 3 4 7 4 0 5 3 0 0 0 1 3 2 50 3 0 3 6 2 day 2	MAN DE DESENVOI VOLEND DA ESTADO
PIS/PASEP Carteira de Trabalho e Previdência Social número série	DE MATO GROSSO - CODEMAT
7 1 7 0 0 3 2 1 6 6 9 6 8 5 6 7 9 4 3 9 8 1 M T	CPA
3 9 9 7 0 AGENTE DE LIMPEZA	لده المستحدد ومسيا
S S S F S F REDAY BB LITTE BEAR	carimbo padronizado CHC (MF)
1• DOBRA	
data admissão data demissão la los	le data nascimento horas trabalhada ção I dia I mês I ano I our por semana
10 2 6 1 2 8 4 11 1 5 0 8 8 8 12 1 masculino 1 13 2	14 2 7 0 3 5 9 15 4 0
três últimos salários mês antepenúltimo , mês penúltimo mês último	possui registro de contribuição individual do INPS 1 número de inscrição
16 0 6 2 4 2 8 7 0 7 2 9 8 3 8 0 8 4 5 6 1 8 17	1 — sim 2 — não
domicilio bancàrio panco agencia nome do banco e nome da agencia	
18 1 0 4 0 0 1 6 CAIXA ECONOMICA FEDERAL DE MATO GROS	SSO
Declaração do dispensado 19 número de contribuições para Previdência Social nos ultimos quarenta e cito meses. 4, 8 20 as contribuições foram	Declaração do empregador integralmente comprovadas pelo dispensado? 1 — sim 2 — não
	1 – sim
21 recebeu salários em cada um dos últimos seis meses? 22 não 1 22 os salários foram compr	rovados pelo dispensado? 2 – não
	A Market
10 hoars to see Gonge	Tabajara Pereira Magna - Chefe Setor de Adm. Pessoal
assinatura do dispensado	a sunatura e carimbo do empregador
	de
MINISTERIO DO TRABALHO Comunicação de Dispensa — CD	
SW SW	
1034.941518	
1,7,0,0,3,2,1,6,6,9,6	A ECT recebe a 1ª via fechada
nome do dispensado	
ELIIDIIO PEREIRA DE SOUZA .	
1034 0 41518 PIS/PASEP 1	Razão Social
2 (duas) vias do Requerimento do Seguro-Desemprego.	
3/0001-46	
3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3	

CUIABÁ-MT, 02 / 09 / 88