



CODEMAT

REGISTRO DE EMPREGADO

N.º de Ordem 629Nome do Empregado: Devarice Joana MosquiniResidência: Projeto Juina Telefone: _____

Cor branca
Cabelo Cast. Lis.
Barba ---
Bigode ---
Olhos Cast.
Altura _____
Peso _____

Idade 28 anos. Data do nascimento 06 / 04 / 52 lugar do nascimento Estrela D'Oeste - SPEstado Civil Casada Nacionalidade Bras.Filiação { Pai Antonio A. de Souza Nacionalid. Bras.
Mãe Lázara Pires de Souza Nacionalid. Bras.Beneficiários: Antonio Mosquini (Esposo) e Filhas.N.º da Cart. Prof. 25.641 Série 0001 MT

» » » de Saúde _____

» » » do Inst. Aposentadoria _____

SITUAÇÃO
MILITAR

Cad. N.º _____ Série _____

Categoria _____

Certificado _____

QUANDO
Motorista

Cart. Nac. de Habil. N.º _____

CARTEIRA DE TRABALHO
DE MENOR

N.º _____

Série _____

N.º da Cart. do Inst.
de Aposent. _____

QUANDO ESTRANGEIRO

N.º da Cart. _____ N.º do Reg. Geral _____

Casado com brasileira? _____

Nome do conjugue: _____

Tem filhos brasileiros? _____ Quantos? _____

Data da chegada ao Brasil _____

Naturalizado? _____ Decreto N.º _____

Data da Admissão ao Serviço 02 de Fevereiro de 1.981 Cargo que ocupa Aux. Esc.Remuneração 12.064,00 + 40% sobre o salário mínimo Regional, referente Insalubridade.Forma de Pagamento Mensal.Horário de Trabalho: das 07:00 às 17:00 com intervalo de 02 hs. para refeição e descansoData e assinatura do empregado na ocasião da admissão 02 de Fevereiro de 19 81Data da Dispensa 30 de Junho de 1981

Recebi os seguintes documentos que me pertencem

Juina 30 de Junho de 1981
Devarice Joana Mosquini



Polegar Direito

IMPOSTO SINDICAL			
Ano	SINDICATO	Importancia	
81	Gov. Fed. C. E. Sal.	402	13

Acidentes ou Doenças Profissionais _____

ALTERAÇÃO DE CARGO OU DE ORDENADO

Data	Cargo	Alterações de Ordenadcs	Hora Mes Dia
		em - - - Cr\$ - - - por - - -	
		em - - - Cr\$ - - - por - - -	
		em - - - Cr\$ - - - por - - -	
		em - - - Cr\$ - - - por - - -	
		em - - - Cr\$ - - - por - - -	
		em - - - Cr\$ - - - por - - -	
		em - - - Cr\$ - - - por - - -	
		em - - - Cr\$ - - - por - - -	
		em - - - Cr\$ - - - por - - -	

FÉRIAS GOZADAS

de - - -	a - - -	referente ao período de - - -	a - - -
de - - -	a - - -	referente ao período de - - -	a - - -
de - - -	a - - -	referente ao período de - - -	a - - -
de - - -	a - - -	referente ao período de - - -	a - - -
de - - -	a - - -	referente ao período de - - -	a - - -
de - - -	a - - -	referente ao período de - - -	a - - -
de - - -	a - - -	referente ao período de - - -	a - - -
de - - -	a - - -	referente ao período de - - -	a - - -

«TÉRMO DE ENCERRAMENTO»

Demitida sem justa causa, em

30 de junho de 1981.

[Signature]

C O D E M A T

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO



Matrícula Nº **629**

Nome: **Devanice Joana Mosquini**

Nível **'2'**

Classe

Cart. Profissional Nº **25.641** / **00001 MT**

Cargo **Aux. Esc.**

Naturalidade - Filiação - Data do Nascimento

Estado São Paulo	Cidade Estrela D'Oeste	Naturalizado?	Estado - Civil Casada
Pai Antonio Alves de Souza	Mãe Lázara Pires de Souza	Nascido em 06.04.52	C. I. C. 206.331.901 - 44

Elementos de Identificação

PASEP

1.700.327.920 - 5

Carteira de Identidade	Caderneta Militar	Carteira Eleitoral	Endereço	Nº	Local	Município
Nº 105.706	Nº	Nº	Projeto Juina			Apipuanã - MT
Série:	Série	Zona:				
Seção:	Categoria:	Seção:				
De Guiabá - MT	De:	De				

Dependentes: **Antonio Mosquini (Esposo), Luzivera Mosquini (Filha), Lúcio Antonio Mosquini (Filho), Luzimeire Mosquini (Filha) e Luzimarcoia Mosquini (Filha).**

FUNDO DE GARANTIA DO TEMPO DE SERVIÇO

Lei N.º 5.107 de 13 de Setembro de 1966
REGULAMENTADA DEC. 59.820 DE 20 DE DEZEMBRO DE 1966

DECLARAÇÃO DE OPÇÃO

EU, **DEVANICE JOANA MOSQUINI**

(nome do empregado por extenso)

portador da Carteira Profissional n.º **25.641 - SÉRIE 00001 - MT**, empregado da

empresa **CODEMAT - COMPANHIA DE DESENVOLVIMENTO DO ESTADO DE MATO GROSSO**

(denominação da empresa)

sita **PROJETO JUINA - MUNICÍPIO DE ARIFUANA**

(endereço)

Estado **MATO GROSSO**

declaro, para todos os fins, que, nesta data, exerço a opção pelo regime do
REGULAMENTO DO FUNDO DE GARANTIA DO TEMPO DE SERVIÇO, aprovado
pelo Decreto n.º 59.820, de 20 de dezembro de 1966.

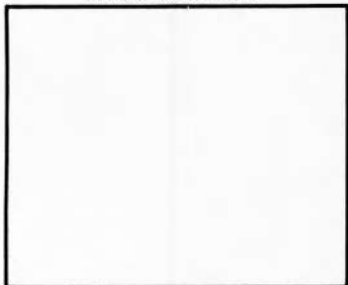
JUINA MT, 02 DE FEVEREIRO DE 1.981

(Local e data)

Devanice Joana Moschini

(assinatura)

Impressão dactiloscópica, quando
se tratar de analfabeto:



TESTEMUNHAS:

1.a

2.a

(assistente responsável legal pelo menor, quando couber)

RECEBEMOS O ORIGINAL

DATA **02** / **02** / 19 **81**

(ESCREVER NA CÓPIA)

Edson Miguel da Silva
(assinatura do empregador)
Ger. Adm. do P. Juina

INSTRUÇÕES:

- 1 - O empregado assina as duas vias da carta de opção;
- 2 - Entrega a Carteira Profissional para a anotação da sua opção, conforme modelo abaixo;
- 3 - Recebe a cópia com o recibo firmado pela empresa, datada;
- 4 - A empresa anotarà na sua Ficha ou Livro de Registro de Empregados, e na Carteira Profissional do optante o seguinte:
"Em.....optou pelo sistema estabelecido na Lei n.º 5.107, de 13 de setembro de 1966,
que estabeleceu o Fundo de Garantia do Tempo de Serviço."

(carimbo e assinatura)

- 5 - Anotarà também na Carteira Profissional do optante:

"Os depósitos na conta vinculada do empregado, decorrente da Lei n.º 5.107 de 13 de setembro de 1966, são feitos na:

Agencia do Banco.....
localizada à Rua....., n.º

(carimbo e assinatura)

(Preencher em 2 Vias)

TILIBRA

CÓD. 15103

FICHA DE SALÁRIO FAMÍLIA

EMPRESA CODEMAT - COMPANHIA DE DESENVOLVIMENTO DO ESTADO DE MATO GROSSO

Matricula no I. N. P. S. _____

ENDEREÇO PROJETO JUINA - MUNICÍPIO DE ARIQUANÁ - MATO GROSSO

Nome do Empregado DEVANICE JOANA MOSQUINI

Nº do I. N. P. S. _____

Data da emissão na empresa 02 / 02 / 81

Data da cessação da relação de emprego 30 / 06 / 81

FILHOS MENORES DE 14 ANOS — (Dados extraídos das Certidões)

N.º Ordem	NOME DO FILHO	Data Nascimento	Local Nascimento	Cartório	N. Registro	N. Livro	N. Fôlha	Data Entrega da Certidão	Baixa	Visto da fiscalização I. N. P. S.
01	Iuzivera Mosquini	06.09.67	Rondonópolis	Vale Rico	368	1	93	02.02.81		
02	Lúcio Antonio Mosquini	23.07.69	Rondonópolis	Vale Rico	369	1	93	02.02.81		
03	Iuzimeire Mosquini	24.09.70	Rondonópolis	2º Ofício	20.952	A-26	80	02.02.81		
04	Iuzimarcia Mosquini	28.06.72	Rondonópolis	2º Ofício	20.951	A-26	79v²	02.02.81		

Valor de um Salário Família em 02 de Fevereiro de 19 81 Cr\$ 240,00

Alterado em _____ de _____ de 19 _____ Cr\$ _____

Alterado em _____ de _____ de 19 _____ Cr\$ _____

OBSERVAÇÕES: _____

Alterado em _____ de _____ de 19 _____ Cr\$ _____

Alterado em _____ de _____ de 19 _____ Cr\$ _____

Alterado em _____ de _____ de 19 _____ Cr\$ _____

VALOR TOTAL DOS SALÁRIOS A PAGAR:

A partir de 02 de Fevereiro de 19 81 Cr\$ = 960,00

A partir de _____ de _____ de 19 _____ Cr\$ _____

A partir de _____ de _____ de 19 _____ Cr\$ _____

A partir de _____ de _____ de 19 _____ Cr\$ _____

A partir de _____ de _____ de 19 _____ Cr\$ _____

A partir de _____ de _____ de 19 _____ Cr\$ _____

RECEBI OS DOCUMENTOS ACIMA - Data da Rescisão 30 / 06 / 19 81

(Ass.)

Devanice Joana Mosquini

Dr. Ernani Gomes Pereira da Silva
MÉDICO

D. Maria J. Mosquini

Atestado

Atestamos para os devidos fins
que a pac. com tumoração na face lateral
do pe. d. deu fical ajustada de suas ati-
vidades nos dias 06.05.81 e 07.05.81.

Luiz 06.05.81

Eluam.

Dr. Ernani Gomes Pereira da Silva.
Clínica Geral Cirurgia Geral
Médico CRM-MT 877

Dr. Ernani Gomes Pereira da Silva
MÉDICO

A C.O.D.E.M.A.T

Atestamos que Dr. Devanir
J. Mesquini apresenta lumba-
lago no pé esquerdo a esclare-
cer, devendo ficar afastado
de suas atividades por dias
08 e 09.05.81 (08 e 09)

Juiz 07.05.81

Ernani
Dr. Ernani Gomes Pereira da Silva.
Clínica Geral Cirurgia Geral
Médico CRM-MT 877

Dr. Ernani Gomes Pereira da Silva
MÉDICO

A C.O.D.E.M.A.T

Atestamos para os devidos fins
que o Sr. Devanice J. Mosquini deve pro-
curar tratamento especializado com
ortopedista em Curitiba, devido a dor
na face lateral do pé D. ao nível da
articulação metatarsofalangiana com
diagnóstico a esclarecer.

 Curitiba 13.05.81

Ernani Gomes
Dr. Ernani Gomes Pereira da Silva
Clínica Geral Cirurgia Geral
Médico CRM-MT 877

A T E S T A D O M É D I C O

ATESTAMOS QUE Devanice Joana Mosquini
Codemat

servidor(a)

segurado(a) nesta

Autorarquia sob nº _____ matrícula médica nº _____, necessita de um período de 15 quinze
 dias de licença tratamento de saúde a partir de 29/05/81 até 13/06/81

Cuiabá-MT, 03 de Junho de 1981

Assinatura Carimbo

Assinatura Carimbo

Assinatura Carimbo

OBS: Entregue ao segurado para comprovar junto a sua repartição. Até 3 (três) faltas deverão ser abonadas pelo respectivo Chefe. Superior a 3 (três) faltas juntar o atestado ao requerimento dirigido a sua repartição.

mp: Pm

A T E S T A D O M É D I C O

ATESTAMOS QUE Devenize Joana Mosquini

servidor(a) Codemat segurado(a) inscrito nesta
Autarquia sob nº matrícula médica nº , necessita de um período de 05 cinco
dias de licença tratamento de saúde a partir de 14/05/81 a 18/05/81

Cuiabá-MT, 26 de Maio de 19 81

Assinatura e Carimbo
Membro

Assinatura e Carimbo
Membro da Perícia Médica

Assinatura e Carimbo
Membro

OBS: Entregue ao segurado para comprovar junto a sua repartição. Até 3 (três) faltas deverão ser abonadas pelo respectivo Chefe. Superior a 3 (três) faltas juntar o atestado ao requerimento dirigido a sua repartição.

eam/pm.

SEGURADOR
Dr. Cláudio Joaquim de Sant'Ana
Presidente



ESTADO DE MATO GROSSO
SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO
INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DO ESTADO DE MATO GROSSO
A T E S T A D O M É D I C O

Decreto nº 605 de setembro de 1980

ATESTAMOS QUE

Devanice Joana Moschini

se encontra enfermo(a), necessitando de licença para:

Tratamento de saúde () Tratamento de saúde em prorrogação ☒ A gestante () por motivo de doença em pessoa de família () Aposentadoria ().

DIAGNOSTICO PRINCIPAL - *Tumorag p'd* -

CID *232.1*

OUTROS DIAGNOSTICOS

DIAGNOSTICOS PRESUNTIVOS (a esclarecer)

EXAMES COMPLEMENTARES ANEXADOS QUE COMPROVAM O DIAGNOSTICOS:

01 02
03 04
05 06

Cuiabá-MT, *29* de *05* de 19 *81*

Assinatura e Carimbo

Assinatura e Carimbo

Assinatura e Carimbo

L A U D O M É D I C O

Aos *29* dias do mês de *maio* do ano de mil novecentos e

oitenta e um, presente os senhores médicos *Dr. Anilda Maciel, Dr. Farid Seror,*

Dr. Rubens Chiconelli

este Instituto foi pelos mesmos procedido o exame médico na pessoa de *Devanice Joana Moschini*

servidor (a) *Codemat*

para efeito de licença, necessitando de *15* quinze

(.....) dias no *29/05/81* a *12/06/81* os

mencionados verificaram que o paciente é portador de *232.1* CID nº:

E para constar foi lavrado o presente laudo que, depois de lido e achado conforme vai devidamente assinado

Cuiabá-MT, *03* de *junho* de 19 *81*

Assinatura e Carimbo

Assinatura e Carimbo

Assinatura e Carimbo

ATESTANTES

MÉDICOS

PERICIA MÉDICA



ESTADO DE MATO GROSSO
SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO
INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DO ESTADO DE MATO GROSSO
A T E S T A D O M É D I C O

Decreto nº 605 de setembro de 1.980

ATESTAMOS QUE

Devanice Joana Mosquini

se encontra enfermo(a), necessitando de licença para:

Tratamento de saúde () Tratamento de saúde em prorrogação () A gestante () por motivo de doença em pessoa de família () Aposentadoria ().

DIAGNOSTICO PRINCIPAL

Poliartralgia

CID 716.5/0

OUTROS DIAGNOSTICOS

Dificuldade de Caminhar

DIAGNOSTICOS PRESUNTIVOS (a esclarecer)

EXAMES COMPLEMENTARES ANEXADOS QUE COMPROVAM O DIAGNOSTICO:

01
02
03
04
05

Exames Laboratoriais

02
04
06

Cuiabá-MT, 14 de Maio de 1981

Assinatura e Carimbo

Assinatura e Carimbo

L A U D O M É D I C O

Aos 14 dias do mês de Maio do ano de mil novecentos e

oitenta e um, presente os senhores médicos

deste Instituto foi pelos mesmos procedido o exame médico na pessoa de Devanice Joana Mosquini

servidor (a) Codemat

para efeito de licença, necessitando de 05 cinco

(cinco) dias no 14/05/81 a 18/05/81 os

mencionados verificaram que o paciente é portador de

CID nº:

716.5/0 E para constar foi lavrado o presente laudo que, depois de lido e achado conforme vai devidamente assinado.

Cuiabá-MT, 14 de Maio de 1981

Assinatura e Carimbo

Dra. Anilda Maciel Cutabano
Membro

Assinatura e Carimbo

Dr. Miguel
C.R.M.-201/8-MT - Ipemot
Membro da Perícia Médica

Assinatura e Carimbo

Dr. Harold
Membro

ATESTANTES

MÉDICOS

PERÍCIA MÉDICA

