

PROCESSO Nº 1013/74

HOMOLOGO A PRESENTE RESCISÃO CONTRATUAL, PARA QUE
PRODUZA OS SEUS DEVIDOS E LEGAIS EFEITOS.

CUIARÁ-Mt, 18 de setembro de 1.974



DR. ALCEDINO ANDROSS DA SILVA

JUZ. PRESIDENTE.



cmsb/.

Hospital e Maternidade São Matheus

CLINICA MÉDICA - PEDIATRIA - GINECOLOGIA - OBSTETRÍCIA E CIRURGIA GERAL

CGC 14936652/0001-47

INSC. 13112966-0

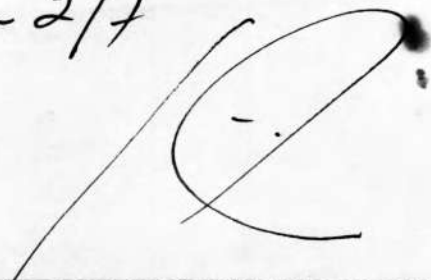
Praça Central s/n — JUINA — Aripuanã — Mato Grosso

Atestado

Dr.
Gilson Guimarães
CRM-MT 484

Dr.
Idvaldo M. Pereira
CRM-MT 610/s
CPF 049 352 841-53

Atesto que o
devidos fins
o Sr. Valdir C.
está em
tratamento
no período de 16
a 29/10/87.
CID - 721-2/7



Dr. Ernani Gomes Pereira da Silva

MÉDICO
CLÍNICA GERAL - CIRURGIA GERAL

ATESTADO DE SAÚDE

Nº 480

Atestamos para os devidos fins

Que Valdir C. da Silva
com C.I.D. dor abdominal
necessita de 05 (cinco) dias de licença para tratamento de
Saúde.

Juína, 24 de Abril de 19 82

E m.
CRM 877.

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



**Atlântica-Boavista
Seguros**

Smt.191/82

Cuiabá-Mt., 19 de Abril de 1.982.

A

Codemat

Nesta

Ref.: Sinistro Valdir Candido
da Silva. .-.-.-.-.-.

Prezados Senhores:

Retornamos a V.Sas., formulários Aviso Sinistro e Alta Médica, bem como xerox do cartão-proposta do segurado em epígrafe, esclarecendo que o mesmo não pertencia a massa segurada quando ocorrido o sinistro, não havendo por tanto cobertura no presente caso.

Sem mais, subscrevemo-nos

Atenciosamente,

GRUPO ATLANTICA BOAVISTA DE SEGUROS
DEPARTAMENTO DE SEGUROS DE PESSOAS
SUCURSAL DE MATO GROSSO

Elgina Macena Costa
CHEFE DE ESCRITÓRIO

:- Santa Casa de Misericórdia -:

—Cuiabá—

Atest. por o Dr.
causado em 16 de setembro
no período de 16 a 24 (seis
dias), o mesmo não, em
Cil 724. 2/2.

01-27/25
DR. BENEDITO MURILO DE GODOY
Ortopedia - Traumatologia
CRM M. 210/5 24555PR

Hospital e Maternidade São Matheus

CLINICA MÉDICA - PEDIATRIA - GINECOLOGIA - OBSTETRICIA E CIRURGIA GERAL

CGC 14936652/0001-47

INSC. 131.2966-0

Praça Central s/n — JUINA — Aripuanã — Mato Grosso

Dr.
Gilson Guimarães
CRM-MT 484

Dr.
Idvaldo M. Pereira
CRM-MT 610/s
CPF 049 352 841-53

Atestado

Atesto que Valdir Antônio
da Silva esteve consultado
nesta clínica, tendo recebido
tratamento.

0 - 14/12/82.

[Assinatura]

Hospital e Maternidade São Mathews

CLÍNICA MÉDICA - PEDIATRIA - GINECOLOGIA - OBSTETRICIA E CIRURGIA GERAL

CGC 14936652/0001-47

INLC 13112966-0

Praça Central s/n

JUINA

Mato Grosso

Ate 1/2 de

Dr.

Gilson Guimarães

Ate 8 para os

Dra.

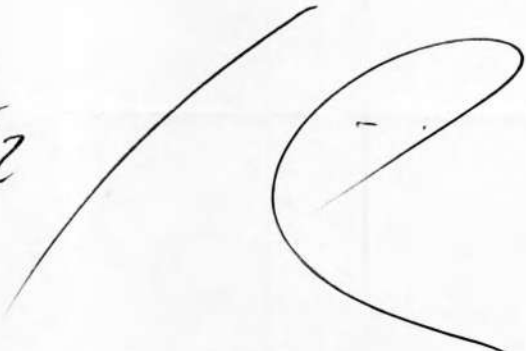
M^a. Fátima S. Silva

*genitorais pois para
1/4 / dia C. de Silva
deu conta-se em hte
em 10 Clavos desde
a data 1.8.82.*

Dr.

Romas D. da Silva

22/8/82



Hospital e Maternidade São Matheus

CLÍNICA MÉDICA - PEDIATRIA - GINECOLOGIA - OBSTETRÍCIA E CIRURGIA GERAL

CGC 14936652/0001-47

INSC. 13112966-0

Praça Central s/n

— JUÍNA —

Mato Grosso

ATESTADO

Dr.
Gilson Guimarães

ATESTADO PARA OS DU-

VIDOS FINS, QUE O

SR. VALDIR CANDIDO DA

Dra.
M^{te}. Fátima S. Silva

SILVA, ESTA SOBRA

MUCHAS CUIDADOS MÉDICOS

NO PERÍODO DE 19/11/82 A

24/11/82.

Dr.
Romas D. da Silva

152
11
82

Dr. Romas Deolino da Silva
CRM-MT 680-5 CPF-094760243-72

Voltando a consulta queira trazer esta receita

Hospital e Maternidade São Mathens

CLÍNICA MÉDICA - PEDIATRIA - GINECOLOGIA - OBSTETRICIA E CIRURGIA GERAL

CGC 14936652/0001-47

INSC. 13112966-0

Praça Central s/n — JUINA — Mato Grosso

Morcin.

Dr.

Gilson Guimarães

Dra.

M^a. Fátima S. Silva

*O Valdir C. Silva
necessita fazer eletroencefalograma em Curitiba.*

Dr.

Romas D. da Silva

7/1/50

Dr. Ernani Gomes Pereira da Silva
MÉDICO

A CODEMAT

Atestamos para os devidos fins
que Valdir Cândido da Silva com ESCOLIOSE
acha-se INCAPACITADO INDEFINIDAMENTE P/
TRABALHOS PESADOS OU QUE EXIJA FLEXÃO
ACENTUADA DA COLUMNA.

Indicamos transferi-lo para serviços
leves.

O nosso parecer, coincide com
o do ortopedista que o atendeu e com o
do radiologista.

 JUNA 17.03.82

Ernani

Dr. Ernani Gomes Pereira da Silva,
Clínica Geral Cirurgia (Per.)
Médico CRM-MT 977

Dr. Ernani Gomes Pereira da Silva

MÉDICO
CLINICA GERAL - CIRURGIA GERAL

|| CODEMAT

Solicitamos enviar a guias para
o pac. receber seguro, pois está definitivamente
incapacitado p/ trabalhos pesados.

 15.03.82

Euca.

Hospital e Maternidade São Matheus

CLÍNICA MÉDICA - PEDIATRIA - GINECOLOGIA - OBSTETRICIA E CIRURGIA GERAL

CGC 14936652/0001-47

INSC. 13112966-0

Praça Central s/n

JUINA

Aripuanã

Mato Grosso

ATESTADO.

Dr.
Gilson Guimarães

ATTESTO PARA OS NE-
C

CIOS FINS, QUE O SR.

VALDIR CANDIDO DA SILVA,

Dra.
M^{te}. Fátima S. Silva

ESTUBE SOBRE SEUS CUI-
DADOS MÉDICOS, COM CIMA-

ENTREVISTA E FICAR AFASTA-

Dr.
Romeu D. da Silva

DO DE SUAS FUNÇÕES HA-

BITUAIS NO PERÍODO DE
13/06/82 a 30/06/82.

Juina
26/06/82


CRM 680-5

Hospital e Maternidade São Mathews

CLÍNICA MÉDICA - PEDIATRIA - GINECOLOGIA - OBSTETRÍCIA E CIRURGIA GERAL

CGC 14936652/0001-47

INLC 13112966-0

Prça Central s/n — JUINA — Mato Grosso

Dr.
Gilson Guimarães

Dra.
M^{te}. Fátima S. Silva

Dr.
Romas D. da Silva

ATESTADO
ATESTADO PARA OS
DEBILIDADES FINAIS, QUE O
SR. VALDIR CANNIDO DA
SILVA. ESTOU SOB
CUIDADO DAS MEDICAMENTOS
NO PERÍODO DE 15/07/82 a
14/08/82.

19/07/82

Dr. Romas D. da Silva
CRM 3.492 - CPF 004760243-72
MÉDICO



GRUPO
ATLÂNTICA-BOAVISTA SEGUROS

CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO DE
VIDA EM GRUPO E/OU ACIDENTES PESSOAIS
COLETIVO.

CIA VG

CIA APC

C.G.C.:

BOAVISTA SEG. VIDA E ACIDEN
C.G.C.: **33.498.411**

NÚMERO DO CERTIFICADO

APÓLICE/VG

APÓLICE APC

SUBFATURA

LOCAL

DATA INÍCIO

001777-9

000000

000159

001

000

01/12/81

ESTIPULANTE

C.

CIA DE DESENVOLVIMENTO DO ESTADO DE MATO GROS **03474053/0001-32**

SEGURADO

MATRICULA

DATA NASCIMENTO

VALDIR CANDIDO DA SILVA

0000000000 **27/10/56**

IMPORTÂNCIAS SEGURADAS

VIDA EM GRUPO

ACIDENTES PESSOAIS COLETIVO

MORTE

MORTE

INV. PERMAN. - ATE

A.M.D.S.

D.H.-ATE 180 DIAS

D.I.T.-ATE 360 DIAS

****400.000

****400.000

BENEFICIÁRIOS

EM CASO DE MORTE O(S) SEGURO(S) SERÁ(ÃO) PAGO(S) AO(S) BENEFICIÁRIO(S) INDICADO(S) PELO SEGURADO
NO CARTÃO-PROPOSTA EM PODER DA SEGURADORA OU NO FORMULÁRIO DE ALTERAÇÃO DEVIDAMENTE ENCAMI-
NHADO À SEGURADORA E ANOTADO EM SEUS REGISTROS ANTERIORMENTE À DATA DO ÓBITO.



GRUPO
ATLÂNTICA-BOAVISTA SEGUROS

CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO DE
VIDA EM GRUPO E/OU ACIDENTES PESSOAIS
COLETIVO.

CIA VG

CIA APC

ATLANTICA CIA. NAC. SEGUROS

C.G.C.: **33.055.146**

C.G.C.:

NUMERO DO CERTIFICADO

APÓLICE/VG

APÓLICE/APC

SUBFATURA

LOCAL

DATA INÍCIO

001534-2

000728

000000

001

000

01/12/81

ESTIPULANTE

R.G. C.

CIA DE DESENVOLVIMENTO DO EST DO MATO GROSSO

03474053/0001-32

SEGURADO

MATRICULA

DATA NASCIMENTO

VALDIR CANDIDO DA SILVA

0000009000

27/10/56

IMPORTÂNCIAS SEGURADAS

VIDA EM GRUPO

ACIDENTES PESSOAIS COLETIVO

MORTE

MORTE

INV. PERMAN. - ATÉ

A.M.D.S.

D.H.-ATÉ 180 DIAS

D.I.T.-ATÉ 360 DIAS

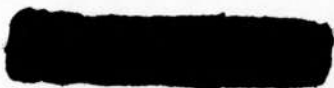
******400.000**

BENEFICIÁRIOS

EM CASO DE MORTE O(S) SEGURO(S) SERÁ(ÃO) PAGO(S) AO(S) BENEFICIÁRIO(S) INDICADO(S) PELO SEGURADO
NO CARTÃO-PROPOSTA EM PODER DA SEGURADORA OU NO FORMULÁRIO DE ALTERAÇÃO DEVIDAMENTE ENCAMI-
NHADO À SEGURADORA E ANOTADO EM SEUS REGISTROS ANTERIORMENTE À DATA DO ÓBITO.

Dr. Ernani Gomes Pereira da Silva

MÉDICO
CLÍNICA GERAL - CIRURGIA GERAL

ATESTADO 

Nº 049

Atestamos para os devidos fins

Que Valdir Cândido da Silva
com C.I.D. ESCOLIOSE + LOMBALGIA
necessita de 10 dias de licença para tratamento de
Saúde.

Juizua, 16 de Março de 19 82

Ernani

CRM 877

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

RESERVADO	T	CIA VG	APÓLICE VG	CIA APC	APÓLICE APC	SUBFATURA	LOCAL	CERTIFICADO
CIA	1	54400007	280000000000000000			000000000000000000		1534/2.

**CARTÃO PROPOSTA
SEGURO VG E/OU APC**

NOME DO ESTIPULANTE

CODENAT - COMPANHIA DE DESENVOLVIMENTO DO ESTADO DE MATO GROSSO

NOME DO PROPONENTE

V A L D I R , C A N D I D O , D A S I L V A

DATA NASCIMENTO	IDADE	SEXO	MATRICULA	C P F	DATA ANGARIAÇÃO	CÓDIGO PRODUTOR
27/10/56	25	M		35062983991	04/11/81	005884

ALLOT	OCUPAÇÃO	SALÁRIO/CÓDIGO	DATA ADMISSÃO		CÓD	DATA INÍCIO	Nº MESES	MÊS/ANO FAT
S	T. BRASAL	15.197,00	04.11.81	RESERVADO PARA CIA SEGURADORA		01/12/81	02	01/82

CAPITAIS A SEREM SEGURADOS (SEM CENTAVOS)

VIDA EM GRUPO	MORTE (APC)	INVALIDEZ PERMANENTE (APC)	AMDS	DH	DIT
0000280000					

DIÁRIOS	Ana Telsora da Silva (E), Reginaldo Candido da Silva (F) e Regivaldo Candido da Silva (F).

12324292

PELO PRESENTE AUTORIZO A INCLUSÃO DO MEU NOME NA(S) APÓLICE(S) DE SEGURO DE VIDA TEMPORÁRIO EM GRUPO E/OU ACIDENTES PESSOAIS COLETIVO, SOLICITADA A ATLÂNTICA CIA. NACIONAL DE SEGUROS E/OU BOAVISTA CIA. DE SEGUROS DE VIDA E ACIDENTES E/OU FARROUPILHA CIA. NACIONAL DE SEGUROS E/OU ALLIANZ ULTRAMAR CIA. BRASILEIRA DE SEGUROS E/OU MAQU CIA. DE SEGUROS GERAIS E/OU FORTALEZA CIA. NACIONAL DE SEGUROS PELO ESTIPULANTE ACIMA MENCIONADO A QUEM CONCEDO O DIREITO DE AGIR EM MEU NOME NO CUMPRIMENTO OU ALTERAÇÃO DE TODAS AS CLÁUSULAS DAS CONDIÇÕES GERAIS E PARTICULARES DA REFERIDA APÓLICE, DEVENDO TODAS AS COMUNICAÇÕES OU AVISOS INERENTES AO CONTRATO SEREM ENCAMINHADAS DIRETAMENTE AO ALUDIDO ESTIPULANTE, QUE PARA TAL FIM, FICA INVESTIDO DE PODERES DE REPRESENTAÇÃO. ENTRETANTO, FICA RESSALVADO QUE OS PODERES DE REPRESENTAÇÃO, ORA OUTORGADOS, NÃO LHE DÃO O DIREITO DE CANCELAR O SEGURO AQUI PROPOSTO SEM O MEU CONSENTIMENTO EXPRESSO. ENQUANTO O PAGAMENTO DO PRÊMIO CORRER, INTEGRALMENTE, SOB MINHA RESPONSABILIDADE. SE O SEGURO NÃO FIZER DECLARAÇÕES VERDADEIRAS E COMPLETAS, OMITINDO CIRCUNSTÂNCIAS QUE POSSAM INFLUIR NA ACEITAÇÃO DA PROPOSTA OU NA TAXA DE PRÊMIO, PERDERÁ O DIREITO AO VALOR DO SEGURO E PAGARÁ O PRÊMIO VENCIDO. — CÓD. CIVIL BRASILEIRO, ART. 1.444.

Atenção: FAVOR ASSINAR NO VERSO.

CERT. CONJUGE N°

DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE DO CANDIDATO. OBRIGATORIA QUANDO AS CONDIÇÕES DO SEGURO ASSIM DETERMINAREM

SOFRE OU SOFREU NOS ÚLTIMOS 3 (TRÊS) ANOS DE ALGUMA MOLESTIA QUE O TENHA OBRIGADO A CONSULTAR MÉDICO PARA FAZER TRATAMENTO, HOSPITALIZAR-SE, SUBMETER-SE A INTERVENÇÃO CIRÚRGICA OU AFASTAR-SE DAS SUAS ATIVIDADES NORMAIS DE TRABALHO?

QUANDO? DATA _____ INDIQUE AS MOLESTIAS E OUTROS DETALHES _____

ENCONTRA-SE EM PLENA ATIVIDADE DE TRABALHO?

EM CASO NEGATIVO INDIQUE O MOTIVO _____

SIM ☐ NÃO ☐

TEM QUALQUER DEFICIÊNCIA DE ÓRGÃO, MEMBROS OU SENTIDOS?

QUAIS? _____

SIM ☐ NÃO ☐

JÁ TEVE ALGUMA PROPOSTA DE SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL OU EM GRUPO RECUSADA POR SOCIEDADE SEGURADORA?

EM CASO AFIRMATIVO INDICAR A ÉPOCA E A SOCIEDADE SEGURADORA _____

SIM ☐ NÃO ☐

PRÁTICA PARAQUEDISMO, VÔO LIVRE EM ASA DELTA OU EXERCÊ ATIVIDADE EM CARÁTER PROFISSIONAL OU AMADOR A BORDO DE OUTRAS AERONAVES QUE NÃO SEJAM DE LINHAS REGULARES?

EM CASO AFIRMATIVO, ESPECIFIQUE _____

SIM ☐ NÃO ☐

JÁ RECEBEU INDENIZAÇÃO POR ACIDENTE?
DE QUAL SEGURADORA? _____

SIM ☐ NÃO ☐

TEM OUTRO(S) SEGURO(S) DE ACIDENTES PESSOAIS EM VIGOR NESTA DATA? _____

INDIQUE AS SEGURADORAS E AS IMPORT. SEGURADAS

SEGURADORA	MORTE	INV. PERMANENTE	AMDS	DH	DIT

NOS CASOS EM QUE O PRÊMIO FOR DESCONTADO EM FOLHA, A COBERTURA DO SEGURO VIGORARÁ A PARTIR DO PERÍODO MENSAL DE VIGÊNCIA DA APÓLICE QUE SE SEGUIR AO DESCONTO DO PRIMEIRO PRÊMIO NA FOLHA DE PAGAMENTO DO EMPREGADOR.

DECLARO QUE NADA OMITI EM RELAÇÃO AO MEU ESTADO DE SAÚDE TENDO PRESTADO INFORMAÇÕES COMPLETAS E VERÍDICAS. CONCORDO EM QUE AS DECLARAÇÕES QUE PRESTEI PASSEM A FAZER PARTE INTEGRANTE DO CONTRATO DE SEGURO A SER CELEBRADO COM A COMPANHIA, FICANDO A MESMA AUTORIZADA A UTILIZÁ-LAS, EM QUALQUER ÉPOCA, NO AMPARO E NA DEFESA DE SEUS DIREITOS SEM QUE TAL AUTORIZAÇÃO IMPLIQUE EM OFENSA AO SIGILO PROFISSIONAL OUTROSSIM DECLARO QUE ESTOU CIENTE E DE ACORDO COM TODOS OS DIZERES CONSTANTES DO ANVERSO DESTA DOCUMENTO.

DATA _____

ASSINATURA DO PROPONENTE

PROPOSTA RECEBIDA NA SUCURSAL EM: _____

CÓDIGO DO PRODUTOR

ASSISTENTE/INSPECTOR

AUTÔNOMO

VINCULADO



CODEMAT

REGISTRO DE EMPREGADO

Nº de Ordem 704

Nome do Empregado: Valdir Candido da Silva

Residência: Projeto Juina

Telefone:



Cór branca

Cabelo Cast. Esc.

Barba --

Bigode --

Olhos Cast. Esc.

Altura

Peso

Idade 25 anos. Data do nascimento 27/10/56 lugar do nascimento Miraf - MG

Estado Civil Casado Nacionalidade Bras.

Filiação Pai José Candido da Silva Nacionalid. Bras.

Mãe Geralda da C. Silva Nacionalid. Bras.

Beneficiários: Ana Telsara da Silva (E) e Filhos.

Nº da Cart. Prof. 38.294 Série 599#

» » » de Saúde

» » » do Inst. Aposentadoria

SITUAÇÃO
MILITAR

Cad. Nº Série

Categoria

Certificado

QUANDO
Motorista

Cart. Nac. de Habil. Nº

CARTEIRA DE TRABALHO
DE MENOR

Nº

Série

Nº da Cart. do Inst.
de Aposent.

QUANDO ESTRANGEIRO

Nº da Cart. Nº do Reg. Geral

Casado com brasileira?

Nome do conjuge:

Tem filhos brasileiros? Quantos?

Data da chegada ao Brasil

Naturalizado? Decreto Nº

Data da Admissão ao Serviço 04 de Novembro de 1.981 Cargo que ocupa T. Braçal
Remuneração 15.197,00 + 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 descanso

Data e assinatura do empregado na ocasião da admissão 04 de Novembro de 19 81

Data da Dispensa 13 de Dezembro de 1.982

Recebi os seguintes documentos que me pertencem

Juiz, 13 de Dezembro de 1982
x Valdir Candido da Silva



Polegar Direito

[illegible]

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

Data	Cargo	Alterações de Ordenados	Hora Mês Dia
		em 01-01-82 Cr\$ 21.349,00 por mês	
		em 01-07-82 Cr\$ 31.048,00 por mês	
		em 01-08-82 Cr\$ 36.222,00 por mês	
		em - - - Cr\$ - por -	
		em - - - Cr\$ - por -	
		em - - - Cr\$ - por -	
		em - - - Cr\$ - por -	
		em - - - Cr\$ - por -	

[illegible]

13 de dezembro de 1984



FICHA DE SALÁRIO FAMÍLIA

EMPRESA CODEMAT - COMPANHIA DE DESENVOLVIMENTO DO ESTADO DE MATO GROSSO Matrícula no I.N.P.S. _____

ENDEREÇO PROJETO JUINA - MUNICÍPIO DE ARIQUANÃ - MATO GROSSO

Nome do Empregado VALDIR CANDIDO DA SILVA Nº do I.N.P.S. _____

Data da emissão na empresa 04 / 11 / 81 Data da cessação da relação de emprego 13 / 12 / 82

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	Reginaldo Candido da Silva	22.04.77	Q. do Norte PR	Q. Norte	919	A-2	15v	04.11.81		
02	Regivaldo Candido da Silva	29.04.78	Loanda - PR	Q. Norte	1.477	A-2	155	04.11.81		

Valor de um Salário Família em _____ de _____ de 19 _____ Cr\$

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 _____ 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\$

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

RECEBI OS DOCUMENTOS ACIMA - Data da Rescisão 13 / 12 / 1982

(ass.) Valdir Candido da Silva

FICHA FINANCEIRA

A Partir de	Salario	Insal.	Salario hora	Nome : Valdir Candido da Silva								Documento : CIO - 350.629.839 - 91			
04.11.81	15.197,00	4.080,00	4.000,00	Cargo : T. Braçal								Endereço : Projeto Juina			
				Data admissão : 04.11.81				Data demissão :							
1981	JAN.	FEV.	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGO.	SET.	OUT.	NOV.	DEZ.	13.º	TOTAL	
Salario											13.677,00	15.197,00		28.864,00	
Insalubridade											3.672,00	4.080,00			
Hs. Extras Trab.											3.600,00	4.000,00			
S O M A											20.949,00	23.277,00		47.439,00	
DESCONTOS :															
Ipemat											1.676,00	1.862,00	257,00		
Imp. Sind.															
Seguro											189,00	189,00			
SOMA DESCONTOS											1.865,00	2.051,00			
SUB TOTAL											19.084,00	21.226,00	2/12		
I. R. F.															
Líquido															
Sal. Fam.											2.918,00	1.020,00			
Diárias															
											20.002,00	22.246,00	32/13,00		

C O D E M A T

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO



Matrícula N.º 704

Nome: Valdir Candido da Silva

Nível '1'

Classe _____

Cart. Profissional N.º 38.294 / 599* PR

Cargo T. Braçal

Naturalidade - Filiação - Data do Nascimento

Estado <u>Minas Gerais</u>	Cidade <u>Mirai</u>	Naturalizado?	Estado Civil <u>Casado</u>
Pai <u>José Candido da Silva</u>	Mãe <u>Geralda da Conceição Silva</u>	Nascido em <u>27.10.56</u>	C. I. C. <u>350.629.839 - 91</u>

Elementos de Identificação

PASEP
120.102.219.33

Carteira de Identidade	Caderneta Militar	Carteira Eleitoral	Endereço	N.º	Local	Município
N.º <u>2.045.873</u> Série _____ Seção _____ De <u>Curitiba - PR</u>	N.º <u>105452</u> Série <u>M</u> Categoria <u>CDI</u> De <u>Curitiba - PR</u>	N.º _____ Zona _____ Seção _____ De _____	<u>Projeto Juina</u>		<u>Mad. Verdum</u>	<u>Aripuanã - MT</u>

Dependentes: Ana Telsara da Silva (Esposa), Reginaldo Candido da Silva (Filho), Regivaldo Candido da Silva (Filho).



Atlântica-Boavista
Seguros

AVISO DE SINISTRO

ACIDENTES PESSOAIS

Apólice Nº _____ Proposta Nº _____ Início do Seguro ____/____/____
Estipulante _____ Sinistro Nº ____/____/____

1 - SEGURADO ACIDENTADO - Nome VALDIR CÂNDIDO DA SILVA
Idade: 25 ANOS Prof.: BRACAL Nat.: M.G.
Nac. 32 Sexo: MASculINO Cor: DADE
Residência: PROJETO JOINA - 1 Nº _____
Cidade ARIPUANÁ Estado MT

2 - O ACIDENTE ocorreu no dia ? de ? de 19 ?
às _____ horas na localidade de _____

3 - Descreva com letra bem legível, como aconteceu o acidente, suas causas e consequências:

APÓS SERVIÇOS PESADOS NOTOU DOR NO ABDOME E QUE A COXA E
PERNA DIREITA ESTAVAM DEINANDO E DOR NAS COSTAS

4 - Pessoas que viram o acidente
ou que primeiro viram o acidentado
depois do acidente:

Nome _____
Endereço _____
Nome _____
Endereço _____

5 - Quem prestou os primeiros socorros: Nome DR ERNANI GOMES P. DA SILVA
Lugar: JUINA Dia 17 de NOVEMBRO de 1981 às 13 Horas

6 - Data em que procurou assistência médica: dia 17 de NOVEMBRO de 1981

7 - Médico assistente do acidentado: Dr. ERNANI GOMES PEREIRA DA SILVA
Residência: JUINA - ARIQUANÁ - MT

8 - Médico assistente do segurado antes do acidente: Dr. _____
Residência: _____

9 - Entrevi alguma autoridade? NÃO

10 - Onde se acha atualmente: _____

11 - Se o acidentado já sofreu outro acidente,
indicar à direita A) data, B) consequências,
C) indenização que recebeu.

A) _____ de _____ de 19____
B) _____
C) _____

O abaixo assinado, declarante, é responsável pela verdade destas indicações:

Localidade: JUINA - ARIQUANÁ dia 16 de maio de 1982

Assinatura do Segurado: Valdir Cândido da Silva

ATENÇÃO: ESTE AVISO DEVERÁ SER PREENCHIDO E ASSINADO PELO SEGURADO

RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE

(POR FAVOR ESCREVER BEM LEGÍVEL)

1 - Data do Atendimento médico: 17 / 11 / 81

2 - Descrição Detalhada das Lesões Produzidas: HERNIA INCISIONAL EM CIRURGIA
DIGO EM CICATRIZ DE CIRURGIA GÁSTRICA, LOMBOCIATALGIA, ESCOLIOSE,
ATROFIA DO MEMBRO INFERIOR DIREITO

3 - As lesões constatadas são diretamente consequentes de causa traumática? SIM

Em caso negativo, qual a causa? _____

As lesões constatadas são indiretamente consequentes de causa traumática? _____

4 - Consequências do acidente: invalidez permanente parcial? NÃO

Total? SIM

Do acidente resultará a morte? NÃO

5 - Em quanto tempo poderá o acidentado voltar a exercer suas ocupações habituais?

INCAPACIDADE DEFINITIVA

6 - A) Encontrou no acidentado qualquer defeito físico ou doença preexistente ao acidente?

CICATRIZ DE CIRURGIA GÁSTRICA

B) Este defeito ou doença pode agravar ou vir a aumentar as consequências do acidente?

SIM

C) Houve agravamento das lesões por falta de cuidados médicos imediatos?

NÃO

7 - Observações: INCAPACITADO DEFINITIVAMENTE 2/ SERVIÇOS PESADOS
OU QUE EXIJAM FLEXÃO OU ROTAÇÃO DA COLUMNA

Localidade e data: JUINA - ARIQUANÃ - MT

Assinatura do médico: Euani Gomes B. de Aguiar CRM: 872

Nome do médico: Euani

Endereço: JUINA Cidade: ARIQUANÃ Estado: MT

ATENÇÃO: Pede-se o obséquio de, sempre que possível, datilografar.
A assinatura do médico deverá ter a firma reconhecida.



AVISO DE ALTA MÉDICA

SEGURO COLETIVO DE ACIDENTE PESSOAL

1 - Nome do acidentado: VALDIR CÂNDIDO DA SILVA
 Idade: 28 ANOS Naturalidade: MG Nacionalidade: BRASILEIRA Sexo: MASC Cor: PELO
 Profissão: BAÇAL Residência: JUINA Nº
 Bairro: Cidade: ARIPUANA Estado: MT

2 - Data do Acidente INÍCIO/INSIDIDOSO Data do 1º Atendimento Médico 17/11/81

3 - Diagnóstico definitivo das lesões diretamente produzidas pelo trauma em pauta (especificar c/precisão anatômica a sua localização): HERNIA NO 1/3 INFERIOR DE CICATRIZ CIRURGICA MEDIANA SUPRA-UMBILICAL P/ SUTURA GASTRICA ESCOLIOSE LOMBOCIATL GICA ATROFIA DO MEMBRO INFERIOR DIREITO

4 - Lesões pré-existentes (não relacionadas c/o trauma em pauta): CIRURGIA P/ SUTURA DE VÍSCERA GÁSTRICA

5 - Tipo de tratamento instituído c/respectivas datas: 01.12.81: ENCAMINHADO A CURA P/ TRATAMENTO COM ORTOPEDISTA 15/03/82 RETORNO P/ CONTROLE

6 - Descrição do(s) ato(s) cirúrgico(s) c/respectiva(s) data(s):

7 - Houve complicações intercorrentes? Descreva

8 - Data da internação: / / Data da alta hospitalar / /
 Data da alta definitiva / /

9 - Hospital onde foi prestada a assistência médica: CLINICA DR. ERNANI GOMES P. DA SILVA

10 - Nome e especialidade do médico assistente: DR. ERNANI GOMES P. DA SILVA
CLINICA E CIRURGIA GERAL

11 - Tipo e período de duração do tratamento fisioterápico: INDEFINIDAMENTE

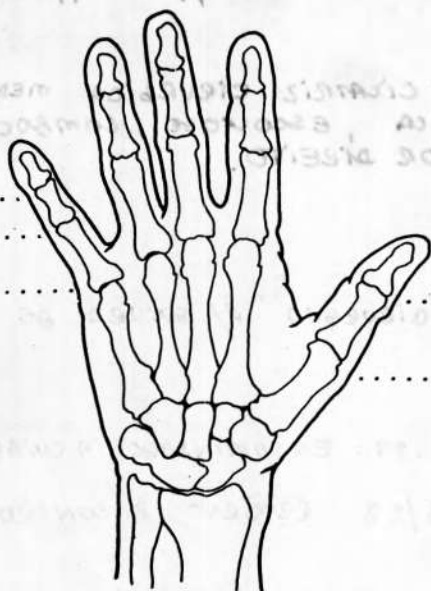
12 - Descrição das sequelas de caráter permanente, porventura existentes (em caso de amputação de mão ou pé especificar com precisão anatômica a sua localização e indicá-la no gráfico do verso, rubricando o nível assinalado): ATROFIA E ENCURTAMENTO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO

13 - Grau de incapacidade funcional (mínimo, médio, máximo ou rigidez): MÁXIMO

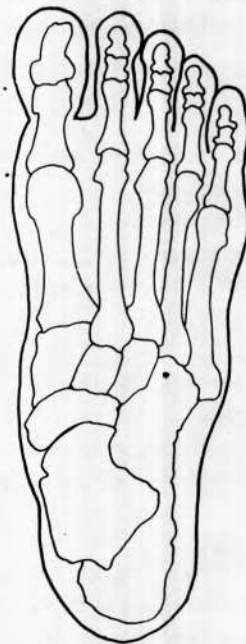
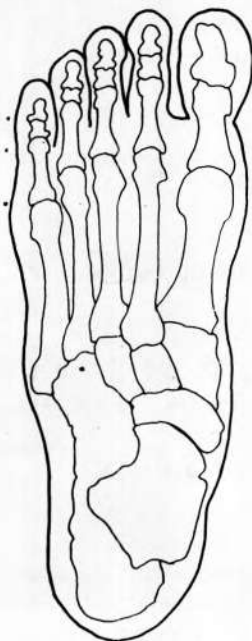
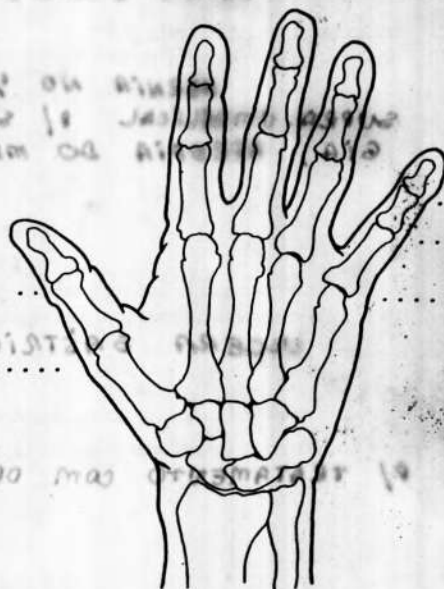
14 - Faça aqui as observações que julgar necessárias: **PACIENTE INCAPACITADO**
DEFINITIVAMENTE PARA SERVIÇOS PESADOS OU MÉDIOS
E QUE EXIBAM FLEXÃO OU DOTAÇÃO DA COLUMNA

15 - Gráficos para localização das lesões:

ESQUERDA



DIREITA



16 - Localidade: **JUINA - ARIQUANÁ - MT**
Nome do Médico: **EUENANI GOMES P. DA SILVA** CRM **877**
Endereço: **JUINA** Cidade: **ARIQUANÁ** Estado: **MT**
Assinatura: **Euenani Gomes P. da Silva** Data: **16/03/83**



ESTADO DE MATO GROSSO
SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO
INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DO ESTADO DE MATO GROSSO
ATESTADO MÉDICO

Decreto nº 605 de setembro de 1980

ATESTAMOS QUE VA-Dir CANDIDO DA SILVA

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

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

DIAGNOSTICO PRINCIPAL

CID 531.3/9

OUTROS DIAGNOSTICOS

DIAGNOSTICOS PRESUNTIVOS (a esclarecer)

EXAMES COMPLEMENTARES ANEXADOS QUE COMPROVAM O DIAGNOSTICO:

01 02
03 04
05 06

Cuiabá-MT, de de 19

Dr. Gilson F. Guimarães
Assinatura e Carimbo
Crm-Mt. 484 - Cpf 973 251 167-72

Elisângela Pereira da Silva
Assinatura e Carimbo
Mato Grosso - HSG

Assinatura e Carimbo

LAUDO MÉDICO
Aos 2 dias do mês de Setembro de 1982

presente os senhores médicos Dr. Gilson F. Guimarães e Dr. Valdir Candido da Silva deste Instituto foi pelos mesmos procedido o exame médico na pessoa de Valdir Candido da Silva servidor (a)

por efeito de licença, necessitando de 45 dias no 2º de 82 do ano de mil novecentos e oitenta e dois mencionados verificaram que o paciente é portador de 531.3/9 CID nº:

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

Cuiabá-MT, 2º de 8 de 19 82

Dr. Gilson F. Guimarães
Assinatura e Carimbo
Crm-Mt. 484 - Cpf 973 251 167-72

Elisângela Pereira da Silva
Assinatura e Carimbo
Mato Grosso - HSG

Assinatura e Carimbo

ATESTADO MÉDICO

ATESTAMOS QUE

servidor(a)
Autarquia sob nº matrícula médica nº
dias de licença a partir de
segurado(a) inscrito nesta necessita de um período de
a partir de

Cuiabá-MT, de de 19

Assinatura e Carimbo

Assinatura e Carimbo

Assinatura e Carimbo

OBS: Entregue ao segurado para compor junto a sua requisição. As (três) folhas deverão ser abonadas pelo respectivo Chefe Superior a (três) folhas juntar o atestado ao requerimento dirigido a sua repartição

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, VALDIR CANDIDO DA SILVA

(nome do empregado por extenso)

portador da Carteira Profissional n.º 38.294 - Série 5998 - PR, empregado da

empresa CODEMAT - COMPANHIA DE DESENVOLVIMENTO DO ESTADO DE MATO GROSSO

(denominação da empresa)

sita PROJETO JUINA - MUNICÍPIO DE ARIQUANÁ

(endereço)

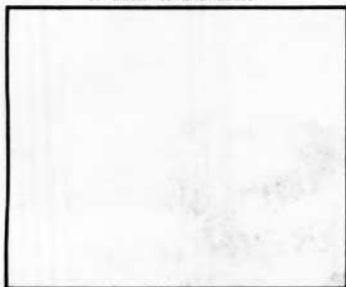
Estado MATO GROSSO

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, 04 DE NOVEMBRO DE 1.981

(Local e data)

Impressão dactiloscópica, quando
se tratar de analfabeto:



Valdir Candido da Silva

(assinatura)

TESTEMUNHAS:

1.a

2.a

(assistente responsável legal pelo menor, quando couber)

RECEBEMOS O ORIGINAL

DATA 04 / 11 / 19 81

(ESCREVER NA CÓPIA)

(assinatura do empregador)

Econ. Maacyr da Silva
Ger. Adm. de 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:

Agência do Banco.....

localizada à Rua..... n.º

(carimbo e assinatura)

(Preencher em 2 Vias)