



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.:

NÚMERO DO CERTIFICADO

APÓLICE VG

APÓLICE APC

SUBFATURA

LOCAL

DATA INÍCIO

001637-0

000728

000000

001

000

01/03/83

ESTIPULANTE

C. G. C.

CIA DE DESENVOLVIMENTO DO EST DO MATO GROSSO

03474053/0001-32

SEGURADO

MATRÍCULA

DATA NASCIMENTO

ROBERTO CEZAR MAGALHAES DA SILVA

0000000000

21/01/60

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

*******800.000**

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 ENCAMINHADO À SEGURADORA E ANOTADO EM SEUS REGISTROS ANTERIORMENTE À DATA DO ÓBITO.

CONTINUA

COBERTURA DE SEGURO DE VIDA EM GRUPO

COBERTURA MÁXIMA - A COBERTURA MÁXIMA PERMISSÍVEL PARA CADA SEGURADO É DETERMINADA DE ACORDO COM A RESPECTIVA CLÁUSULA, CONSTANTE DA APÓLICE MESTRA, EM PODER DO ESTIPULANTE.

COBERTURAS SUPLEMENTARES - AS COBERTURAS SUPLEMENTARES, SE HOUVER, ESTÃO DETERMINADAS DE ACORDO COM AS RESPECTIVAS CLAUSULAS, CONSTANTES DA APÓLICE MESTRA, EM PODER DO ESTIPULANTE.

CESSAÇÃO DO SEGURO - SE O SEGURADO DEIXAR OS SERVIÇOS DO ESTIPULANTE, SEU SEGURO CESSARÁ, DE ACORDO COM AS CONDIÇÕES DA RESPECTIVA CLÁUSULA.

CONVERSÃO - O SEGURADO QUE, ANTES DE COMPLETAR 60 ANOS DE IDADE, DEIXAR OS SERVIÇOS DO ESTIPULANTE, PODERÁ CONVERTER O SEU SEGURO EM GRUPO EM INDIVIDUAL, SEM EXAME MÉDICO, PAGANDO O PRÊMIO DA TARIFA INDIVIDUAL DA COMPANHIA, SE JÁ ESTIVER SEGURADO HÁ, PELO MENOS, 24 MESES, E FIZER O PEDIDO DENTRO DE 30 (TRINTA) DIAS, A CONTAR DA DATA DA EXCLUSÃO DO SEGURO EM GRUPO.

APOSENTADORIA - A APOSENTADORIA POR IDADE OU TEMPO DE SERVIÇO NÃO SERÁ MOTIVO PARA CANCELAMENTO DO SEGURO, DESDE QUE OS RESPECTIVOS PRÊMIOS DE SEGURO SEJAM RECOLHIDOS À SEGURADORA.

NOTAS: 1 - TODAS AS COMUNICAÇÕES RELATIVAS AO PRESENTE SEGURO, INCLUSIVE ALTERAÇÕES E CANCELAMENTOS DO CONTRATO, SERÃO FEITAS DIRETAMENTE AO ESTIPULANTE, COMO REPRESENTANTE DO SEGURADO, CONFORME AUTORIZAÇÃO DESTA, EXPRESSA NO RESPECTIVO CARTÃO PROPOSTA.

2 - EM CASO DE DÚVIDA PREVALECERÃO AS CONDIÇÕES DA APÓLICE EM PODER DO ESTIPULANTE.

IMPORTANTE - O PRESENTE CERTIFICADO ANULA OS ANTERIORMENTE EMITIDOS.

COBERTURA DO SEGURO DE ACIDENTES PESSOAIS INSTRUÇÕES PARA RECEBIMENTO DAS INDENIZAÇÕES

COMUNICAR O ACIDENTE AO ESTIPULANTE, PARA QUE SEJA PREENCHIDO O ANVERSO DO FORMULÁRIO AVISO DE SINISTRO (A-96). O SEGURADO DEVERÁ DESCREVER AS CIRCUNSTÂNCIAS EM QUE SE VERIFICOU O ACIDENTE, RESPONDENDO A TODOS OS QUESITOS, DATANDO E ASSINANDO.

- 2 - LEVAR O DITO FORMULÁRIO AO MÉDICO QUE ESTEJA TRATANDO, PARA QUE ELE PREENCHA A SUA PARTE, DATE E ASSINE.
- 3 - ENTREGAR O FORMULÁRIO ASSIM COMPLETADO AO ESTIPULANTE, PARA QUE SEJA ENCAMINHADO À SEGURADORA DENTRO DO PRAZO DE 30 (TRINTA) DIAS, A CONTAR DA DATA DO ACIDENTE. NÃO É NECESSÁRIO JUNTAR O CERTIFICADO DO SEGURO.
- 4 - O SEGURADO DEVERÁ RECORRER, IMEDIATAMENTE, ÀS SUAS CUSTAS, AOS SERVIÇOS MÉDICOS, ENFERMEIROS, HOSPITALIZAÇÃO, ETC., SUBMETENDO-SE AO TRATAMENTO EXIGIDO PARA UMA CURA COMPLETA.
- 5 - DE TODAS AS DESPESAS QUE ASSIM FIZER, COMO SEJAM: COMPRA DE MEDICAMENTOS, RADIOGRAFIAS, SALA DE OPERAÇÃO, ANESTESIA, USO DE APARELHOS, MASSAGENS, FISIOTERAPIA, APLICAÇÃO DE RÁIO-X OU OUTROS RÁIOS ARTIFICIAIS, DESPESAS DE PRONTO-SOCORRO, ASSISTÊNCIA DE ENFERMEIRO DIPLOMADO, CONTA DE HOSPITAL, DEVERÁ OBTER RECIBOS, PARA JUNTÁ-LOS AO FORMULÁRIO DE ALTA MÉDICA (A-317), ENTREGANDO AO ESTIPULANTE PARA SEREM REMETIDOS À SEGURADORA.
- 6 - A SEGURADORA DE POSSE DESSES DOCUMENTOS, TOMARÁ IMEDIATAS PROVIDÊNCIAS PARA REEMBOLSAR O SEGURADO PELOS GASTOS FEITOS, OBEDECENDO O LIMITE ESTABELECIDO NO SEU CERTIFICADO DE SEGURO DA MESMA FORMA, SERÁ CALCULADA A INDENIZAÇÃO QUE LHE COUBER EM CASO DE HAVER SOFRIDO INVALIDEZ PARCIAL OU TOTAL.

EM CASO DE MORTE, O BENEFICIÁRIO OU MEMBRO DA FAMÍLIA DO SEGURADO DEVERÁ:

- 7 - ALÉM DO DOCUMENTO MENCIONADO NO ÍTEM 1 ACIMA, PROVIDENCIAR O ATESTADO DE ÓBITO, COM A FIRMA DO ESCRIVENTO DO REGISTRO CIVIL DEVIDAMENTE RECONHECIDA, A CERTIDÃO DO INQUÉRITO POLICIAL RELATIVA AO ACIDENTE, DOCUMENTOS DE HABILITAÇÃO DOS BENEFICIÁRIOS E O CERTIFICADO DO SEGURO. ENTREGANDO AO ESTIPULANTE PARA ENCAMINHAMENTO À SEGURADORA.

NOTA: AS DIÁRIAS DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA (D.I.T.) MENCIONADAS NO ANVERSO DESTA CERTIFICADO, SÃO CONCEDIDAS A PARTIR DO 16º DIA A CONTAR DA DATA DO ACIDENTE.



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

001949-6

000000

000159

001

000

01/03/83

ESTIPULANTE

C. G. C.

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

SEGURADO

MATRÍCULA

DATA NASCIMENTO

ROBERTO CEZAR MAGALHAES DA SILVA

0000000000

21/01/60

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

*****800.000

*****800.000

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 ENCAMINHADO À SEGURADORA E ANOTADO EM SEUS REGISTROS ANTERIORMENTE À DATA DO ÓBITO.

CONTINUA

COBERTURA DE SEGURO DE VIDA EM GRUPO

COBERTURA MÁXIMA - A COBERTURA MÁXIMA PERMISSÍVEL PARA CADA SEGURADO É DETERMINADA DE ACORDO COM A RESPECTIVA CLAUSULA, CONSTANTE DA APÓLICE MESTRA, EM PODER DO ESTIPULANTE.

COBERTURAS SUPLEMENTARES - AS COBERTURAS SUPLEMENTARES, SE HOUVER, ESTÃO DETERMINADAS DE ACORDO COM AS RESPECTIVAS CLAUSULAS, CONSTANTES DA APOLICE MESTRA, EM PODER DO ESTIPULANTE.

CESSAÇÃO DO SEGURO - SE O SEGURADO DEIXAR OS SERVIÇOS DO ESTIPULANTE, SEU SEGURO CESSARÁ, DE ACORDO COM AS CONDIÇÕES DA RESPECTIVA CLAUSULA.

CONVERSÃO - O SEGURADO QUE, ANTES DE COMPLETAR 60 ANOS DE IDADE, DEIXAR OS SERVIÇOS DO ESTIPULANTE, PODERÁ CONVERTER O SEU SEGURO EM GRUPO EM INDIVIDUAL, SEM EXAME MEDICO, PAGANDO O PRÊMIO DA TARIFA INDIVIDUAL DA COMPANHIA, SE JÁ ESTIVER SEGURADO HÁ, PELO MENOS, 24 MESES, E FIZER O PEDIDO DENTRO DE 30 (TRINTA) DIAS, A CONTAR DA DATA DA EXCLUSÃO DO SEGURO EM GRUPO.

APOSENTADORIA - A APOSENTADORIA POR IDADE OU TEMPO DE SERVIÇO NÃO SERÁ MOTIVO PARA CANCELAMENTO DO SEGURO, DESDE QUE OS RESPECTIVOS PRÊMIOS DE SEGURO SEJAM RECOLHIDOS À SEGURADORA.

NOTAS: 1 - TODAS AS COMUNICAÇÕES RELATIVAS AO PRESENTE SEGURO, INCLUSIVE ALTERAÇÕES E CANCELAMENTOS DO CONTRATO, SERÃO FEITAS DIRETAMENTE AO ESTIPULANTE, COMO REPRESENTANTE DO SEGURADO, CONFORME AUTORIZAÇÃO DESTA, EXPRESSA NO RESPECTIVO CARTÃO PROPOSTA.

2 - EM CASO DE DUVIDA PREVALECERÃO AS CONDIÇÕES DA APOLICE EM PODER DO ESTIPULANTE.

IMPORTANTE - O PRESENTE CERTIFICADO ANULA OS ANTERIORMENTE EMITIDOS.

COBERTURA DO SEGURO DE ACIDENTES PESSOAIS INSTRUÇÕES PARA RECEBIMENTO DAS INDENIZAÇÕES

1 - COMUNICAR O ACIDENTE AO ESTIPULANTE, PARA QUE SEJA PREENCHIDO O ANVERSO DO FORMULÁRIO AVISO DE SINISTRO (A-96). O SEGURADO DEVERÁ DESCREVER AS CIRCUNSTÂNCIAS EM QUE SE VERIFICOU O ACIDENTE, RESPONDENDO A TODOS OS QUESITOS, DATANDO E ASSINANDO.

2 - LEVAR O DITO FORMULÁRIO AO MEDICO QUE ESTEJA TRATANDO, PARA QUE ELE PREENCHA A SUA PARTE, DATE E ASSINE.

3 - ENTREGAR O FORMULÁRIO ASSIM COMPLETADO AO ESTIPULANTE, PARA QUE SEJA ENCAMINHADO À SEGURADORA DENTRO DO PRAZO DE 30 (TRINTA) DIAS, A CONTAR DA DATA DO ACIDENTE. NÃO É NECESSÁRIO JUNTAR O CERTIFICADO DO SEGURO.

4 - O SEGURADO DEVERÁ RECORRER, IMEDIATAMENTE, À SUAS CUSTAS, AOS SERVIÇOS MÉDICOS, ENFERMEIROS, HOSPITALIZAÇÃO, ETC., SUBMETENDO-SE AO TRATAMENTO EXIGIDO PARA UMA CURA COMPLETA.

5 - DE TODAS AS DESPESAS QUE ASSIM FIZER, COMO SEJAM: COMPRA DE MEDICAMENTOS, RADIOGRAFIAS, SALA DE OPERAÇÃO, ANESTESIA, USO DE APARELHOS, MASSAGENS, FISIOTERAPIA, APLICAÇÃO DE RÁIO-X OU OUTROS RÁIOS ARTIFICIAIS, DESPESAS DE PRONTO-SOCORRO, ASSISTÊNCIA DE ENFERMEIRO DIPLOMADO, CONTA DE HOSPITAL, DEVERÁ OBTER RECIBOS, PARA JUNTÁ-LOS AO FORMULÁRIO DE ALTA MÉDICA (A-317), ENTREGANDO AO ESTIPULANTE PARA SEREM REMETIDOS À SEGURADORA.

6 - A SEGURADORA DE POSSE DESSES DOCUMENTOS, TOMARÁ IMEDIATAS PROVIDÊNCIAS PARA REEMBOLSAR O SEGURADO PELOS GASTOS FEITOS, OBEDECENDO O LIMITE ESTABELECIDO NO SEU CERTIFICADO DE SEGURO DA MESMA FORMA, SERÁ CALCULADA A INDENIZAÇÃO QUE LHE COUBER EM CASO DE HAVER SOFRIDO INVALIDEZ PARCIAL OU TOTAL.

EM CASO DE MORTE, O BENEFICIÁRIO OU MEMBRO DA FAMÍLIA DO SEGURADO DEVERÁ:

7 - ALÉM DO DOCUMENTO MENCIONADO NO ÍTEM 1 ACIMA, PROVIDENCIAR O ATESTADO DE ÓBITO, COM A FIRMA DO ESCRIVENTE DO REGISTRO CIVIL DEVIDAMENTE RECONHECIDA, A CERTIDÃO DO INQUÉRITO POLICIAL RELATIVA AO ACIDENTE, DOCUMENTOS DE HABILITAÇÃO DOS BENEFICIÁRIOS E O CERTIFICADO DO SEGURO. ENTREGANDO AO ESTIPULANTE PARA ENCAMINHAMENTO À SEGURADORA.

NOTA: AS DIÁRIAS DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA (D.I.T.) MENCIONADAS NO ANVERSO DESTA CERTIFICADO, SÃO CONCEDIDAS A PARTIR DO 16º DIA A CONTAR DA DATA DO ACIDENTE.



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

001949-6

000000

000159

001

000

01/07/82

ESTIPULANTE

C. G. C.

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

SEGURADO

MATRÍCULA

DATA NASCIMENTO

ROBERTO CEZAR MAGALHAES DA SILVA

0000000000

21/01/60

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**

***** **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 ENCAMINHADO À SEGURADORA E ANOTADO EM SEUS REGISTROS ANTERIORMENTE À DATA DO ÓBITO.

CONTINUA

COBERTURA DE SEGURO DE VIDA EM GRUPO

COBERTURA MÁXIMA - A COBERTURA MÁXIMA PERMISSÍVEL PARA CADA SEGURADO É DETERMINADA DE ACORDO COM A RESPECTIVA CLAUSULA, CONSTANTE DA APÓLICE MESTRA, EM PODER DO ESTIPULANTE.

COBERTURAS SUPLEMENTARES - AS COBERTURAS SUPLEMENTARES, SE HOUVER, ESTÃO DETERMINADAS DE ACORDO COM AS RESPECTIVAS CLAUSULAS, CONSTANTES DA APÓLICE MESTRA, EM PODER DO ESTIPULANTE.

CESSAÇÃO DO SEGURO - SE O SEGURADO DEIXAR OS SERVIÇOS DO ESTIPULANTE, SEU SEGURO CESSARÁ, DE ACORDO COM AS CONDIÇÕES DA RESPECTIVA CLAUSULA.

CONVERSÃO - O SEGURADO QUE, ANTES DE COMPLETAR 60 ANOS DE IDADE, DEIXAR OS SERVIÇOS DO ESTIPULANTE, PODERÁ CONVERTER O SEU SEGURO EM GRUPO EM INDIVIDUAL, SEM EXAME MEDICO, PAGANDO O PRÊMIO DA TARIFA INDIVIDUAL DA COMPANHIA, SE JÁ ESTIVER SEGURADO HÁ, PELO MENOS, 24 MESES, E FIZER O PEDIDO DENTRO DE 30 (TRINTA) DIAS, A CONTAR DA DATA DA EXCLUSÃO DO SEGURO EM GRUPO.

APOSENTADORIA - A APOSENTADORIA POR IDADE OU TEMPO DE SERVIÇO NÃO SERÁ MOTIVO PARA CANCELAMENTO DO SEGURO, DESDE QUE OS RESPECTIVOS PRÊMIOS DE SEGURO SEJAM RECOLHIDOS À SEGURADORA.

NOTAS: 1 - TODAS AS COMUNICAÇÕES RELATIVAS AO PRESENTE SEGURO, INCLUSIVE ALTERAÇÕES E CANCELAMENTOS DO CONTRATO, SERÃO FEITAS DIRETAMENTE AO ESTIPULANTE, COMO REPRESENTANTE DO SEGURADO, CONFORME AUTORIZAÇÃO DESTA, EXPRESSA NO RESPECTIVO CARTÃO PROPOSTA.

2 - EM CASO DE DÚVIDA PREVALECERÃO AS CONDIÇÕES DA APÓLICE EM PODER DO ESTIPULANTE.

IMPORTANTE - O PRESENTE CERTIFICADO ANULA OS ANTERIORMENTE EMITIDOS.

COBERTURA DO SEGURO DE ACIDENTES PESSOAIS INSTRUÇÕES PARA RECEBIMENTO DAS INDENIZAÇÕES

- 1 - COMUNICAR O ACIDENTE AO ESTIPULANTE, PARA QUE SEJA PREENCHIDO O ANVERSO DO FORMULÁRIO AVISO DE SINISTRO (A-96). O SEGURADO DEVERÁ DESCREVER AS CIRCUNSTÂNCIAS EM QUE SE VERIFICOU O ACIDENTE, RESPONDENDO A TODOS OS QUESITOS, DATANDO E ASSINANDO.
- 2 - LEVAR O DITO FORMULÁRIO AO MÉDICO QUE ESTEJA TRATANDO, PARA QUE ELE PREENCHA A SUA PARTE, DATE E ASSINE.
- 3 - ENTREGAR O FORMULÁRIO ASSIM COMPLETADO AO ESTIPULANTE, PARA QUE SEJA ENCAMINHADO À SEGURADORA DENTRO DO PRAZO DE 30 (TRINTA) DIAS, A CONTAR DA DATA DO ACIDENTE. NÃO É NECESSÁRIO JUNTAR O CERTIFICADO DO SEGURO.
- 4 - O SEGURADO DEVERÁ RECORRER, IMEDIATAMENTE, ÀS SUAS CUSTAS, AOS SERVIÇOS MÉDICOS, ENFERMEIROS, HOSPITALIZAÇÃO, ETC., SUBMETENDO-SE AO TRATAMENTO EXIGIDO PARA UMA CURA COMPLETA.
- 5 - DE TODAS AS DESPESAS QUE ASSIM FIZER, COMO SEJAM: COMPRA DE MEDICAMENTOS, RADIOGRAFIAS, SALA DE OPERAÇÃO, ANESTESIA, USO DE APARELHOS, MASSAGENS, FISIOTERAPIA, APLICAÇÃO DE RÁIO-X OU OUTROS RÁIOS ARTIFICIAIS, DESPESAS DE PRONTO-SOCORRO, ASSISTÊNCIA DE ENFERMEIRO DIPLOMADO, CONTA DE HOSPITAL, DEVERÁ OBTER RECIBOS, PARA JUNTÁ-LOS AO FORMULÁRIO DE ALTA MÉDICA (A-317), ENTREGANDO AO ESTIPULANTE PARA SEREM REMETIDOS À SEGURADORA.
- 6 - A SEGURADORA DE POSSE DESSOS DOCUMENTOS, TOMARÁ IMEDIATAS PROVIDÊNCIAS PARA REEMBOLSAR O SEGURADO PELOS GASTOS FEITOS, OBEDECENDO O LIMITE ESTABELECIDO NO SEU CERTIFICADO DE SEGURO DA MESMA FORMA, SERÁ CALCULADA A INDENIZAÇÃO QUE LHE COUBER EM CASO DE HAVER SOFRIDO INVALIDEZ PARCIAL OU TOTAL.

EM CASO DE MORTE, O BENEFICIÁRIO OU MEMBRO DA FAMÍLIA DO SEGURADO DEVERÁ:

- 7 - ALÉM DO DOCUMENTO MENCIONADO NO ÍTEM 1 ACIMA, PROVIDENCIAR O ATestado DE ÓBITO, COM A FIRMA DO ESCRIVÃO DO REGISTRO CIVIL DEVIDAMENTE RECONHECIDA, A CERTIDÃO DO INQUÉRITO POLICIAL RELATIVA AO ACIDENTE, DOCUMENTOS DE HABILITAÇÃO DOS BENEFICIÁRIOS E O CERTIFICADO DO SEGURO. ENTREGANDO AO ESTIPULANTE PARA ENCAMINHAMENTO À SEGURADORA.

NOTA: AS DIÁRIAS DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA (D.I.T.) MENCIONADAS NO ANVERSO DESTA CERTIFICADO, SÃO CONCEDIDAS A PARTIR DO 16º DIA A CONTAR DA DATA DO ACIDENTE.



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.:

NÚMERO DO CERTIFICADO

APÓLICE VG

APÓLICE APC

SUBFATURA

LOCAL

DATA INÍCIO

001687-0

000728

000000

001

000

01/07/82

ESTIPULANTE

C. G. C.

CIA DE DESENVOLVIMENTO DO EST DO MATO GROSSO

03474053/0001-32

SEGURADO

MATRÍCULA

DATA NASCIMENTO

ROBERTO CEZAR MAGALHAES DA SILVA

0000000000

21/01/60

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

*******320.000**

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 ENCAMINHADO À SEGURADORA E ANOTADO EM SEUS REGISTROS ANTERIORMENTE À DATA DO ÓBITO.

CONTINUA

COBERTURA DE SEGURO DE VIDA EM GRUPO

COBERTURA MÁXIMA - A COBERTURA MÁXIMA PERMISSÍVEL PARA CADA SEGURADO É DETERMINADA DE ACORDO COM A RESPECTIVA CLAUSULA, CONSTANTE DA APÓLICE MESTRA, EM PODER DO ESTIPULANTE.

COBERTURAS SUPLEMENTARES - AS COBERTURAS SUPLEMENTARES, SE HOUVER, ESTÃO DETERMINADAS DE ACORDO COM AS RESPECTIVAS CLAUSULAS, CONSTANTES DA APÓLICE MESTRA, EM PODER DO ESTIPULANTE.

CESSAÇÃO DO SEGURO - SE O SEGURADO DEIXAR OS SERVIÇOS DO ESTIPULANTE, SEU SEGURO CESSARÁ, DE ACORDO COM AS CONDIÇÕES DA RESPECTIVA CLAUSULA.

CONVERSÃO - O SEGURADO QUE, ANTES DE COMPLETAR 60 ANOS DE IDADE, DEIXAR OS SERVIÇOS DO ESTIPULANTE, PODERÁ CONVERTER O SEU SEGURO EM GRUPO EM INDIVIDUAL, SEM EXAME MEDICO, PAGANDO O PRÊMIO DA TARIFA INDIVIDUAL DA COMPANHIA, SE JA ESTIVER SEGURADO HA, PELO MENOS, 24 MESES, E FIZER O PEDIDO DENTRO DE 30 (TRINTA) DIAS, A CONTAR DA DATA DA EXCLUSÃO DO SEGURO EM GRUPO.

APOSENTADORIA - A APOSENTADORIA POR IDADE OU TEMPO DE SERVIÇO NÃO SERÁ MOTIVO PARA CANCELAMENTO DO SEGURO, DESDE QUE OS RESPECTIVOS PRÊMIOS DE SEGURO SEJAM RECOLHIDOS A SEGURADORA.

NOTAS: 1 - TODAS AS COMUNICAÇÕES RELATIVAS AO PRESENTE SEGURO, INCLUSIVE ALTERAÇÕES E CANCELAMENTOS DO CONTRATO, SERÃO FEITAS DIRETAMENTE AO ESTIPULANTE, COMO REPRESENTANTE DO SEGURADO, CONFORME AUTORIZAÇÃO DESTA, EXPRESSA NO RESPECTIVO CARTÃO PROPOSTA.

2 - EM CASO DE DUVIDA PREVALECERÃO AS CONDIÇÕES DA APÓLICE EM PODER DO ESTIPULANTE.

IMPORTANTE - O PRESENTE CERTIFICADO ANULA OS ANTERIORMENTE EMITIDOS.

COBERTURA DO SEGURO DE ACIDENTES PESSOAIS INSTRUÇÕES PARA RECEBIMENTO DAS INDENIZAÇÕES

1 - COMUNICAR O ACIDENTE AO ESTIPULANTE, PARA QUE SEJA PREENCHIDO O ANVERSO DO FORMULÁRIO AVISO DE SINISTRO (A-96). O SEGURADO DEVERÁ DESCREVER AS CIRCUNSTÂNCIAS EM QUE SE VERIFICOU O ACIDENTE, RESPONDENDO A TODOS OS QUESITOS, DATANDO E ASSINANDO.

2 - LEVAR O DITO FORMULÁRIO AO MEDICO QUE ESTEJA TRATANDO, PARA QUE ELE PREENCHA A SUA PARTE, DATE E ASSINE.

3 - ENTREGAR O FORMULÁRIO ASSIM COMPLETADO AO ESTIPULANTE, PARA QUE SEJA ENCAMINHADO A SEGURADORA DENTRO DO PRAZO DE 30 (TRINTA) DIAS, A CONTAR DA DATA DO ACIDENTE. NÃO É NECESSÁRIO JUNTAR O CERTIFICADO DO SEGURO.

4 - O SEGURADO DEVERÁ RECORRER, IMEDIATAMENTE, ÀS SUAS CUSTAS, AOS SERVIÇOS MÉDICOS, ENFERMEIROS, HOSPITALIZAÇÃO, ETC., SUBMETENDO-SE AO TRATAMENTO EXIGIDO PARA UMA CURA COMPLETA.

5 - DE TODAS AS DESPESAS QUE ASSIM FIZER, COMO SEJAM: COMPRA DE MEDICAMENTOS, RADIOGRAFIAS, SALA DE OPERAÇÃO, ANESTESIA, USO DE APARELHOS, MASSAGENS, FISIOTERAPIA, APLICAÇÃO DE RAIOS-X OU OUTROS RAIOS ARTIFICIAIS, DESPESAS DE PRONTO-SOCORRO, ASSISTÊNCIA DE ENFERMEIRO DIPLOMADO, CONTA DE HOSPITAL, DEVERÁ OBTHER RECIBOS, PARA JUNTA-LOS AO FORMULÁRIO DE ALTA MÉDICA (A-317), ENTREGANDO AO ESTIPULANTE PARA SEREM REMETIDOS À SEGURADORA.

6 - A SEGURADORA DE POSSE DESSES DOCUMENTOS, TOMARÁ IMEDIATAS PROVIDÊNCIAS PARA REEMBOLSAR O SEGURADO PELOS GASTOS FEITOS, OBEDECENDO O LIMITE ESTABELECIDO NO SEU CERTIFICADO DE SEGURO DA MESMA FORMA, SERÁ CALCULADA A INDENIZAÇÃO QUE LHE COUBER EM CASO DE HAVER SOFRIDO INVALIDEZ PARCIAL OU TOTAL.

EM CASO DE MORTE, O BENEFICIÁRIO OU MEMBRO DA FAMÍLIA DO SEGURADO DEVERÁ:

7 - ALÉM DO DOCUMENTO MENCIONADO NO ITEM 1 ACIMA, PROVIDENCIAR O ATESTADO DE ÓBITO, COM A FIRMA DO ESCRIVENTO DO REGISTRO CIVIL DEVIDAMENTE RECONHECIDA, A CERTIDÃO DO INQUÉRITO POLICIAL RELATIVA AO ACIDENTE, DOCUMENTOS DE HABILITAÇÃO DOS BENEFICIÁRIOS E O CERTIFICADO DO SEGURO, ENTREGANDO AO ESTIPULANTE PARA ENCAMINHAMENTO À SEGURADORA.

NOTA: AS DIÁRIAS DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA (D.I.T.) MENCIONADAS NO ANVERSO DESTA CERTIFICADO, SÃO CONCEDIDAS A PARTIR DO 16º DIA A CONTAR DA DATA DO ACIDENTE.



GRUPO
ATLÂNTICA-BOAVISTA SEGUROS

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

CIA VG

CIA APC

BOAVISTA SEG. VIDA E ACIDEN

C.G.C.: **33.498.411**

C.G.C.:

NÚMERO DO CERTIFICADO

APÓLICE VG

APÓLICE APC

SUBFATURA

LOCAL

DATA INÍCIO

000084-1

001952

000000

001

000

01/11/83

ESTIPULANTE

C. G. C.

CIA DE DESENVOLVIMENTO DO EST MATO GROSSO

SEGURADO

MATRÍCULA

DATA NASCIMENTO

ROBERTO CEZAR MAGALHAES DA SILVA

0000000000

21/01/60

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

*******800.000**

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 ENCAMINHADO À SEGURADORA E ANOTADO EM SEUS REGISTROS ANTERIORMENTE À DATA DO ÓBITO.

CONTINUA

COBERTURA DE SEGURO DE VIDA EM GRUPO

COBERTURA MÁXIMA - A COBERTURA MÁXIMA PERMISSÍVEL PARA CADA SEGURADO É DETERMINADA DE ACORDO COM A RESPECTIVA CLAUSULA, CONSTANTE DA APÓLICE MESTRA, EM PODER DO ESTIPULANTE.

COBERTURAS SUPLEMENTARES - AS COBERTURAS SUPLEMENTARES, SE HOUVER, ESTÃO DETERMINADAS DE ACORDO COM AS RESPECTIVAS CLAUSULAS, CONSTANTES DA APÓLICE MESTRA, EM PODER DO ESTIPULANTE.

CESSAÇÃO DO SEGURO - SE O SEGURADO DEIXAR OS SERVIÇOS DO ESTIPULANTE, SEU SEGURO CESSARÁ, DE ACORDO COM AS CONDIÇÕES DA RESPECTIVA CLAUSULA.

CONVERSÃO - O SEGURADO QUE, ANTES DE COMPLETAR 60 ANOS DE IDADE, DEIXAR OS SERVIÇOS DO ESTIPULANTE, PODERÁ CONVERTER O SEU SEGURO EM GRUPO EM INDIVIDUAL, SEM EXAME MÉDICO, PAGANDO O PRÊMIO DA TARIFA INDIVIDUAL DA COMPANHIA, SE JÁ ESTIVER SEGURADO HÁ, PELO MENOS, 24 MESES, E FIZER O PEDIDO DENTRO DE 30 (TRINTA) DIAS, A CONTAR DA DATA DA EXCLUSÃO DO SEGURO EM GRUPO.

APOSENTADORIA - A APOSENTADORIA POR IDADE OU TEMPO DE SERVIÇO NÃO SERÁ MOTIVO PARA CANCELAMENTO DO SEGURO, DESDE QUE OS RESPECTIVOS PRÊMIOS DE SEGURO SEJAM RECOLHIDOS À SEGURADORA.

NOTAS: 1 - TODAS AS COMUNICAÇÕES RELATIVAS AO PRESENTE SEGURO, INCLUSIVE ALTERAÇÕES E CANCELAMENTOS DO CONTRATO, SERÃO FEITAS DIRETAMENTE AO ESTIPULANTE, COMO REPRESENTANTE DO SEGURADO, CONFORME AUTORIZAÇÃO DESTA, EXPRESSA NO RESPECTIVO CARTÃO PROPOSTA.

2 - EM CASO DE DUVIDA PREVALECERÃO AS CONDIÇÕES DA APÓLICE EM PODER DO ESTIPULANTE.

IMPORTANTE - O PRESENTE CERTIFICADO ANULA OS ANTERIORMENTE EMITIDOS.

COBERTURA DO SEGURO DE ACIDENTES PESSOAIS INSTRUÇÕES PARA RECEBIMENTO DAS INDENIZAÇÕES

- 1 - COMUNICAR O ACIDENTE AO ESTIPULANTE, PARA QUE SEJA PREENCHIDO O ANVERSO DO FORMULÁRIO AVISO DE SINISTRO (A-96). O SEGURADO DEVERÁ DESCRVER AS CIRCUNSTÂNCIAS EM QUE SE VERIFICOU O ACIDENTE, RESPONDENDO A TODOS OS QUESITOS, DATANDO E ASSINANDO.
- 2 - LEVAR O DITO FORMULÁRIO AO MÉDICO QUE ESTEJA TRATANDO, PARA QUE ELE PREENCHA A SUA PARTE, DATE E ASSINE.
- 3 - ENTREGAR O FORMULÁRIO ASSIM COMPLETADO AO ESTIPULANTE, PARA QUE SEJA ENCAMINHADO À SEGURADORA DENTRO DO PRAZO DE 30 (TRINTA) DIAS, A CONTAR DA DATA DO ACIDENTE. NÃO É NECESSÁRIO JUNTAR O CERTIFICADO DO SEGURO.
- 4 - O SEGURADO DEVERÁ RECORRER, IMEDIATAMENTE, À SUAS CUSTAS, AOS SERVIÇOS MÉDICOS, ENFERMEIROS, HOSPITALIZAÇÃO, ETC., SUBMETENDO-SE AO TRATAMENTO EXIGIDO PARA UMA CURA COMPLETA.
- 5 - DE TODAS AS DESPESAS QUE ASSIM FIZER, COMO SEJAM: COMPRA DE MEDICAMENTOS, RADIOGRAFIAS, SALA DE OPERAÇÃO, ANESTESIA, USO DE APARELHOS, MASSAGENS, FISIOTERAPIA, APLICAÇÃO DE RÁIO-X OU OUTROS RÁIOS ARTIFICIAIS, DESPESAS DE PRONTO-SOCORRO, ASSISTÊNCIA DE ENFERMEIRO DIPLOMADO, CONTA DE HOSPITAL, DEVERÁ OBTER RECIBOS, PARA JUNTÁ-LOS AO FORMULÁRIO DE ALTA MÉDICA (A-317), ENTREGANDO AO ESTIPULANTE PARA SEREM REMETIDOS À SEGURADORA.
- 6 - A SEGURADORA DE POSSE DESSES DOCUMENTOS, TOMARÁ IMEDIATAS PROVIDÊNCIAS PARA REEMBOLSAR O SEGURADO PELOS GASTOS FEITOS, OBEDECENDO O LIMITE ESTABELECIDO NO SEU CERTIFICADO DE SEGURO DA MESMA FORMA, SERÁ CALCULADA A INDENIZAÇÃO QUE LHE COUBER EM CASO DE HAVER SOFRIDO INVALIDEZ PARCIAL OU TOTAL.

EM CASO DE MORTE, O BENEFICIÁRIO OU MEMBRO DA FAMÍLIA DO SEGURADO DEVERÁ:

- 7 - ALÉM DO DOCUMENTO MENCIONADO NO ÍTEM 1 ACIMA, PROVIDENCIAR O ATESTADO DE ÓBITO, COM A FIRMA DO ESCRIVENTE DO REGISTRO CIVIL DEVIDAMENTE RECONHECIDA, A CERTIDÃO DO INQUÉRITO POLICIAL RELATIVA AO ACIDENTE, DOCUMENTOS DE HABILITAÇÃO DOS BENEFICIÁRIOS E O CERTIFICADO DO SEGURO, ENTREGANDO AO ESTIPULANTE PARA ENCAMINHAMENTO À SEGURADORA.

NOTA: AS DIÁRIAS DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA (D.I.T.) MENCIONADAS NO ANVERSO DESTA CERTIFICADO, SÃO CONCEDIDAS A PARTIR DO 16º DIA A CONTAR DA DATA DO ACIDENTE.

Extrato de Conta do Fundo de Garantia do Tempo de Serviço

NOME DO EMPREGADO ROBERTO CEZAR MAGALHAES				NUMERO DA CONTA 25.532-7		FOLHA 1			
SITUAÇÃO DA CONTA OPTANTE		Nº DE INSCRIÇÃO NO PIS / PASEP		CARTEIRA DE TRABALHO 777600-002		SAQUES NA VIGÊNCIA DO CONTRATO 0,00		LOCALIZAÇÃO	
DATA ADMISSÃO 00.00.00		DATA OPÇÃO 01.06.82		DATA RETRATAÇÃO		DATA RETROAÇÃO		AFASTAMENTO - CÓDIGO 3,0	
NOME DA EMPRESA CIA DESENVOLVIMENTO MATO GROSSO-CODEMAT						NUMERO DA EMPRESA 460.071-1		CÓD. ATIV. 00000	
ENDEREÇO DA EMPRESA PALACIO PAIAGUAS-CPA						CGC/CPF 03474053/0001-32			
CEP 78.000		CIDADE						UF MT	
AGÊNCIA DEPOSITÁRIA CUIABA				PRAÇA		CGC 00000000/0046-00			

MOVIMENTAÇÃO DA CONTA NO SEMESTRE

DATA	HISTÓRICO	VALOR - Cr\$
30.12.82	SALDO ANTERIOR	14.459,00 C
03.01.83	JCM CREDITADOS-INDICE- 0,222723	1.671,53 C
30.03.83	DEPOSITO DEZ/82,JAN/83,FEV/83	10.418,00 C
04.04.83	JCM CREDITADOS-INDICE- 0,242058	3.904,52 C
30.06.83	DEPOSITO MAR/83,ABR/83,MAI/83	10.635,00 C
SALDO DA CONTA ➤		
DEPÓSITOS - Cr\$ 35.512,00 C		
JUROS E CORREÇÃO MONETÁRIA - Cr\$ 5.576,05 C		
TOTAL - Cr\$		41.088,05 C



Companhia de Desenvolvimento do Estado de Mato Grosso - CODEMAT

I. C. G. C. 03 474.053/0001-32

Fones: 321-9508 - 9509

C. P. A.

CUIABÁ - MT

COMUNICAÇÃO INTERNA

DE Diretor Superintendente	PARA DIV. ADM. GERAL	DATA 21.05.84	Nº da CI 039/84
-------------------------------	-------------------------	------------------	--------------------

ASSUNTO:

Autorização Faz:

Com a presente, fica V. Sa., autorização a providenciar a Rescisão de Contrato de Trabalho do servidor ROBERTO CESAR MAGALHÃES DA SILVA, com esta Cia., a partir de 23.05.84.

Atenciosamente

MOISÉS FELTRIN

Diretor Superintendente

ENVIADO POR:
MOISÉS FELTRIN

DESTINADA A:
ANTONIO CARLOS S. DA CUNHA

RECEBIDA
EM



Ao Setor de Pessoal
Para Providenciar.

EM 22/05/84

Antonio Carlos S. da Cunha
Antonio Carlos S. da Cunha
Chefe da DIV. de ADM, Geral
CODEMAT.

COMUNICAÇÃO INTERNA

Diretor Superintendente

DIV. ADM. GERAL

CODEMAT.

Assunto: Res.

Assunto:

Com a presente, fica V. Sa., autorizada a providenciar a
Resolução de Contrato de Trabalho do servidor ROBERTO CESAR MAGALHÃES DA
SILVA, com esta Cia., a partir de 23.05.84.

Atenciosamente

Antonio Carlos S. da Cunha

ANTONIO CARLOS S. DA CUNHA

Diretor Superintendente

REC-814

FM

ANTONIO CARLOS S. DA CUNHA

ANTONIO CARLOS S. DA CUNHA



Companhia de Desenvolvimento do Estado de Mato Grosso - CODEMAT

I. C.G.C. 03 474 530/0001-32

Fones: 321-9508 - 9509

C. P. A.

CUIABÁ - MT.

Comunicação Interna

DE MSO. SETOR DE PESSOAL	PARA DIV. ADM. GERAL	REF.	DATA 02.05.83	Nº da CI 436/83
-----------------------------	-------------------------	------	------------------	--------------------

ASSUNTO:

Comunicação Faz:

Assim

Com a presente, comunicamos a V. Sa., que em 07.05.83 irá em -
cerrar os Contratos de Trabalho por Tempo Determinado dos seguintes servidores:
ROBERTO CEZAR MAGALHÃES DA SILVA e AMÉLIA DEOLINDA FRANCO ARRUDA, lotados no
G.T.E. desta Cia., para o qual solicitamos o pronunciamento quanto a renovação'
do mesmo.

*Pro Dir. Adm. Financeiro
e conhecimento e orientações
02/05/83
Vilázio*

Atenciosamente

Vilázio de Arruda Pinto
VILÁZIO DE ARRUDA PINTO

ENVIADO POR:
VILÁZIO DE ARRUDA PINTO

DESTINADA A:
VILÁZIO DE ARRUDA PINTO

RECEBIDA
EM

02/05/83

Dr. Diretor Superintendente
p/ manifestar - R.

Em 02/05/83

Reunião

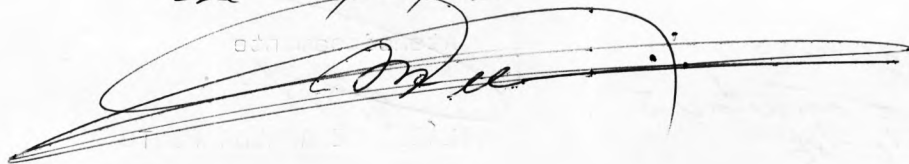
Ao DAF para transferir

o contrato do servidor

Roberto Lezer Magalhães da Silva

~~Em~~ para tempo indeterminado

Em 02/05/83



FICHA FINANCEIRA

PRazo DETERMINADO: 07.05.82 a 07.05.83

GRUPO N.º

DEP. 02001001

MATRÍCULA N.º

Data da Admissão: 07.05.82

Classe: 04

Nível: 04

N.º Dep. Econ. Imp. Renda

N.º Dep. Econ. Sal. Família

C.R\$

C.R\$

Nome: ROBERTO CEZAR MAGALHÃES DA SILVA

Profissão:

Cargo: AUX. DE TOPOGRAFO

Exercício: 1.983

Lotação: SUPERINTENDÊNCIA = GTE

A partir de	Venc. Padrão	Gratificação	Hora Extra (Sal. Hora)
10.11.82	42302,00		
01.05.83	48336,00		

OBSERVAÇÕES DO 1.º SEMESTRE DE 19

LÍQUIDO A RECEBER								
		36.000,47	35.889,00	35.889,00	36.074,00	42.491,44	42.491,44	
PROVENTOS GERAIS	Cód.	JAN.	FEV.	MAR.	ABR.	MAI.	JUN.	TOTAIS
Salários		409.63,00	39.482,00	42.302,00	42.302,00	48.336,00	48.336,00	
Gratificações			2.500,00		1.000,00			
Representação			1.339,00					
Horas Extras								
Diárias				1.339,00				
Férias								
Sub-Total								
Salário Família								
Ajuda de Custo								
13.º Salário								
TOTAL DOS PROVENTOS			43.641,00	43.641,00	42.302,00	48.336,00	48.336,00	
CONSIGNAÇÕES	Cód.	JAN.	FEV.	MAR.	ABR.	MAI.	JUN.	TOTAIS
IPEMAT-Cont.		3.484,86	3.590,00	3.590,00	3.476,00	4.108,56	4.108,56	
IPEMAT-Dif		434,67						
Cont. Sindical								
Seguros		216,00	512,00	512,00	512,00	512,00	512,00	
faltas					1.410,00			
SUB-TOTAL DEDUTÍVEL IMP. RENDA								
OUTRAS CONSIGNAÇÕES	Cód.	JAN.	FEV.	MAR.	ABR.	MAI.	JUN.	TOTAIS
BEMAT S/A								
Adiantamentos								
F.A.S.C								
A.A. CODEMAT		830,00	830,00	830,00	830,00	1.224,00	1.224,00	
Imp. Renda Ret. Font.								
ASPEMAT								
TOTAL DAS CONSIGNAÇÕES					6.228,00	5.844,56		
ANULAÇÃO DE PROVENTOS								

FICHA FINANCEIRA

GRUPO N.º

DEP. 020101

MATRÍCULA N.º

Data da Admissão: 07.05.82

Classe: 04

Nível: 04

N. Dep. Econ. Imp. Renda Cr\$

N. Dep. Econ. Sal. Família Cr\$

Nome: ROBERTO CEZAR MAGALHÃES DA SILVA

Profissão:

Cargo: AUX. DE TOPOGRAFO

Exercício: 1.983

Lotação: SUPERINTENDÊNCIA-GTE

A partir de 010783

Venc. Padrão 74921

Gratificação

Hora Extra (Sal. Hora)

OBSERVAÇÕES DO 2.º SEMESTRE DE 19								
LÍQUIDO A RECEBER		133.259	00	59.450	66.305	58.652	40.383	69.678
PROVENTOS GERAIS	Cód.	JUL.	AGO.	SET.	OUT.	NOV.	DEZ.	TOTAIS
Salários		74.921,00		67.429	74.921	67.428	47.450	
Gratificações								
Representação				38		38		
Horas Extras								
Diárias							118	
Férias		74.921,00						
Sub-Total								
Salário Família								
Ajuda de Custo								
13.º Salário								74.981
TOTAL DOS PROVENTOS		149.842		67.429		67.428	47.450	
CONSIGNAÇÕES	Cód.	JUL.	AGO.	SET.	OUT.	NOV.	DEZ.	TOTAIS
IPEMAT-Cont. 8,75		13.111		5.731	6.368,00	5.731	4.033	5.243
IPEMAT-Dif								
Cont. Sindical								
Seguros		1024		1.024	1.024	1024	1024	
SUB-TOTAL DEDUTÍVEL IMP. RENDA								
OUTRAS CONSIGNAÇÕES	Cód.	JUL.	AGO.	SET.	OUT.	NOV.	DEZ.	
BEMAT S/A								
Adiantamentos								
F.A.S.C								
A.A. CODEMAT		2448		1.224	1.224	2.021	2.010	
Imp. Renda Ret. Font.								
ASPEMAT								
TOTAL DAS CONSIGNAÇÕES								
ANULAÇÃO DE PROVENTOS								

FICHA FINANCEIRA

Grupo Nº

Dep.

Matrícula Nº

Data de Admissão: 07.05.82

Classe:

Nível: 4

N. Dep. Econ. Imp. Renda

N. Dep. Econ. Sal. Família

Cr\$

Cr\$

Nome: ROBERTO CEZAR MAGALHÃES DA SILVA

Profissão:

Cargo: AUX. DE TOPOGRAFO

Exercício: 1.984

Lotação: SUPERINTENDÊNCIA

A partir de

Venc. Padrão

Gratificação

Hora Extra (Sal. Hora)

OBSERVAÇÕES DO 2.º SEMESTRE DE 19								

A partir de	Venc. Padrão	Gratificação	Hora Extra (Sal. Hora)
01-01-84 -	130.962-		

OBSERVAÇÕES DO 1.º SEMESTRE DE 19

LÍQUIDO A RECEBER		116.293	116.293	111.928	116.225	113.879		
PROVENTOS GERAIS	Cód.	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Mai.	Jun.	TOTAIS
Salários		130.962	130.962	130.962	130.962	130.962		
Gratificações								
Representação								
Horas Extras								
Diárias								
Férias								
Sub-Total								
Salário Família								
Ajuda de Custo								
13º Salário								
TOTAL DOS PROVENTOS		130.962	130.962	130.962	130.962	130.962		
Consignações	Cód.	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Mai.	Jun.	TOTAIS
IPEMAT-Cont.	8,5	11.132	11.132	11.132	11.132	11.132		
IPEMAT-Dif.								
Cont. Sindical				4.365				
Seguros		1.024	1.024	1.024	1.092	1.092		
SUB-TOTAL DEDUTÍVEL IMP. RENDA								
OUTRAS CONSIGNAÇÕES	Cód.	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Mai.	Jun.	
BEMAT S/A								
Adiantamentos								
F.A.S.C.								
A.A. CODEMAT		2513	2513	2513	2513	4859		
Imp. Renda Ret. Font								
ASPEMAT								
TOTAL DAS CONSIGNAÇÕES								
ANULAÇÃO PROVENTOS								

rescisão de contrato de trabalho,

☒ OPTANTE

☐ NÃO OPTANTE

☐ POR PEDIDO DE DISPENSA
☐ POR ACORDO
☒ POR DISPENSA SEM JUSTA CAUSA
☐ POR DISPENSA COM JUSTA CAUSA

Empresa Cia. de Desenvolvimento do Estado de Mato Grosso- CODEMAT -

Endereço: **Palacio Paiguás - CPA-**

Atividade **Desenvolvimento** CGC/MF n.º **03474053/0001-32**

Matrícula no INPS

Nome do Empregado ROBERTO CEZAR MAGALHÃES DA SILVA

N.º **07776**

Série **00002**

Registro n.º _____ Cargo **Aux. Topógrafo**

Admissão em 07 / 05 / 1982

Desligamento
Em **23** / **05** / 19**84**

Aviso Prévio

Em ____ / ____ / 19 ____

Declaração de opção
Em **07** / **05** / 19**82**

Maiores remunerações Cr\$ 130.962,00

DISCRIMINAÇÃO DAS VERBAS PAGAS

Indenização	anos	Cr\$	FGTS	Comissões	Cr\$	_____
Aviso Prévio		Cr\$	130.962,00	Horas Extras	Cr\$	_____
13.º Salário 06/84		Cr\$	65.481,00	Gratificação	Cr\$	_____
Salário-Família		Cr\$	-	Ad. Periculosidade	Cr\$	_____
Férias Vencidas		Cr\$	130.962,00	Ad. Insalubridade	Cr\$	_____
Férias Proporcionais 01/12		Cr\$	.10.914,00	Ad. Noturno	Cr\$	_____
Prejudicado 14/65		Cr\$	_____	FGTS - Quitação	Cr\$	8.032,00
Prejudicado 20/66		Cr\$	_____	FGTS - mês anterior	Cr\$	-
Saldo de Salários 23 dias maio		Cr\$	100.404,00	FGTS - 13.º Salário	Cr\$	5.238,00
Lei N.º 6708/79 - Art. 9º		Cr\$	130.962,00	FGTS - 10% s/ Cr\$	Cr\$	803,00
Indenização		Cr\$	130.962,00	FGTS - 10% s/ Cr\$	Cr\$	16.242,00
				TOTAL BRUTO	Cr\$	730.962,00

DESCONTOS

Previdência	Cr\$	<u>32.659,00</u>	(373.242,00 x 8.75%)
Previdência 13.º Salário	Cr\$	<u>4.682,00</u>	(624.252,00 x 0.75%)
Adiantamentos	Cr\$	_____	
.....	Cr\$	_____	
.....	Cr\$	_____	
			37.341,00

TOTAL LÍQUIDO.....Cr\$ 693.962,00

Recebi da firma acima a quantia líquida de Cr\$ 693.962,00

Seiscentos e Noventa e Três Mil, Novecentos e Sessenta e Dois Cruzeiros, x.x.x.x.x

em moeda corrente do país, ou pelo cheque visado n.º _____, contra o Banco _____, como pagamento de meus direitos na rescisão contratual.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

- ☐ FGTS - guias 6 últimos recolhimentos, inclusive sobre o mês da rescisão, 10%, quando for o caso, computados juros e correção monetária;
- ☐ Autorização para Movimentação da Conta Vinculada (AM)
- ☐ Pedido de Dispensa (3 Vias);
- ☒ Rescisão (em 4 Vias);
- ☐ Livro ou Ficha Registro de Empregados - LIRE;
- ☐ Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS;
- ☐ Procuração;
- Bene*
- Dir

**PARA USO DA
REPARTIÇÃO**

COMPANHIA DE DESENVOLVIMENTO

Benedito J. Barreto
Dir. Adm. Financeiro

DO ESTADO DE MATO GROSSO

Juarez da Silva e Souza
Chefe do Sotor Pessoal

Assinatura do Empregado Preposto

Assinatura do Responsável, em caso de Empregado Menor



MINISTÉRIO DA FAZENDA
SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL
COMPROVANTE DE RENDIMENTOS PAGOS OU CREDITADOS E
RETENÇÃO DE IMPOSTO DE RENDA NA FONTE
CÉDULA C
MODELO 1

03 FONTE PAGADORA - PESSOA JURÍDICA

01 N.º DOCUMENTO

CARIMBO DO CGC OU REPRESENTAÇÃO TIPOGRÁFICA

02 ANO BASE

04 FONTE PAGADORA - PESSOA FÍSICA

N.º CPF	CONTROLE
NOME	
ENDEREÇO	

05 BENEFICIÁRIO DOS RENDIMENTOS

NOME	N.º CPF	CONTROLE
Roberto Cesar Magalhães da Silva		
ENDEREÇO		

06 RENDIMENTOS BRUTOS TRIBUTÁVEIS ANUAIS

	VALOR - CR\$	IMPOSTO RETIDO NA FONTE - CR\$
SALÁRIO	755,914	.00
13º SALÁRIO	65,481	.00
GRATIFICAÇÃO		.00
ADICIONAL		.00
ABONO PECUNIÁRIO		.00
HORAS EXTRAS		.00
FÉRIAS REMUNERADAS	130,962	.00
" proporcional	10,914	.00
TOTAL	962,571	.00

07 DISCRIMINAÇÃO DOS VALORES POR TRIMESTRE

TRIM	RENDIMENTOS - CR\$	IMPOSTO RETIDO NA FONTE - CR\$	TRIM	RENDIMENTOS - CR\$	IMPOSTO RETIDO NA FONTE - CR\$
1.º	453,990	.00	3.º		.00
2.º	469,981	.00	4.º		.00

08 DESCONTOS (DEDUÇÕES E ABATIMENTOS)

	VALOR - CR\$
IAPAS	88,319
SEGURO	5,256
CONTRIBUIÇÃO SINDICAL	4,365
ASPEMAT	
ASC	14,911
PENSÃO ALIMENTÍCIA	
TOTAL	112,851

09 RENDIMENTOS NÃO TRIBUTÁVEIS

	VALOR - CR\$
SAL. FAMÍLIA	
RENTAS FGTS	30,915
aviso prévio	130,962
indenização	130,962
TOTAL	292,239

10 OBSERVAÇÕES:

11 ASSUMO TOTAL RESPONSABILIDADE PELAS DECLARAÇÕES ACIMA

LOCAL

DATA

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

C O D E M A T

NOME: Roberto Cesar Megallões da Silva

RENDIMENTOS BRUTOS	IMPOSTO RETIDO NA FONTE
5.1 - Salário	206.370,46
5.2 - 13º Salário	19.318,64
5.3 - Horas Extras	
5.4 - Gratificação	
5.5 - Prêmio	
5.6 - Representação	
5.7 - Kilometragem	
5.8 - Insalubridade	
TOTAL ..	225.689,40
	Cr\$ —

DEDUÇÕES CEDULARE	Cr\$
6.1 - IPENMAT	16.748,44
6.2 - IMPOSTO SINDICAL	664,00
TOTAL	Cr\$ 17.412,44

ABATIMENTO DA RENDA BRUTA	Cr\$
7.1 - Pensão Alimentícia	—
7.2 - Seguro	1728,00
7.3 - Associação Atlética CODEMAT	4.684,00
7.4 - A S P E M A T	—
TOTAL	Cr\$ 6.412,00

RENDIMENTOS NÃO TRIBUTÁVEIS	Cr\$
8.1 - Diárias	—
8.2 - Ajuda de Custo	—
8.3 - Salário Família	—
TOTAL	Cr\$

FICHA FINANCEIRA

PRAZO DETERMINADO:

Nome: ROBERTO CÉZAR MAGALHÃES DA SILVA

Profissão: _____

Cargo: Aux. de Topografo

Exercício: 1.982

Lotação: G.T.E. SUPERINTENDÊNCIA

A partir de	Venc. Padrão	Gratificação	Hora Extra (Sal. Hora)
07.05.82	19.926,00		

Data da Admissão: 07.05.82 a 07.05.83		GRUPO Nº	
Classe:		D E P.	
Nível: 04		MATRÍCULA Nº	
N. Dep. Econ. Imp. Renda -		Cr\$	
N. Dep. Econ. Sal. Família -		Cr\$	

1º SEMESTRE 19		JAN.	FEV.	MAR.	ABR.	MA.	JUN.	
Imposto Renda Retido na Fonte S/ Cr\$								
Salário Contribuição IPEMAT S/ Cr\$								
LÍQUIDO A RECEBER							31.038,00	
PROVENTOS GERAIS	Cód.	JAN.	FEV.	MAR.	ABR.	MAI.	JUN.	TOTA
Salários							35.867,00	
Gratificações								
Representação								
Horas Extras								
Diárias								
Sub - Total								
Salário Família								
Ajuda de Custo								
13º Salário								
TOTAL DOS PROVENTOS							35.867,00	
CONSIGNAÇÕES	Cód.	JAN.	FEV.	MAR.	ABR.	MAI.	JUN.	TOTA
IPEMAT-Cont.							2.869,00	
ASPEMAT								
Cont. Sindical							664,00	
Seguros						216,00	432,00	216,00
SUB TOTAL DEDUTÍVEL IMP. RENDA							3.965,00	
OUTRAS CONSIGNAÇÕES	Cód.	JAN.	FEV.	MAR.	ABR.	MAI.	JUN.	TOTA
BEMAT S/A	Cons.							
	Saldo							
Adiantamentos	Cons.							
	Saldo							
	Cons.							
	Saldo							
	Cons.							
	Saldo							
A.A. CODEMAT							864,00	432,00
SUB TOTAL								
Imp.Rend.Ret.Font.								
TOTAL DAS CONSIGNAÇÕES								
ANULAÇÃO DE PROVENTOS								

F I C H A F I N A N C E I R A P R A Z O D E T E R M I N A D O

Nome: ROBERTO CEZAR MAGALHÃES DA SILVA	
Profissão: AUX. DE TOPOGRAFO	
Cargo:	
Exercício: 1.982	
Lotação: SUPERINTENDENCIA - G T E	

Data da Admissão: 07.05.82/07.05.83	
Classe:	
Nível: 04	
N. Dep. Econ. Imp. Renda - Cr\$	
N. Dep. Econ. Sal. Família Cr\$	

GRUPO N.º	01
DEP.	02
MATRÍCULA N.º	0000001

A partir de	07.05.82
Venc. Padrão	28.978,00
Gratificação	42.302,00
Hora Extra (Sal. Hora)	

2º SEMESTRE 19/		JUL.	AGO.	SET.	OUT.	NOV.	DEZ.	
Imposto Renda Retido na Fonte S/ Cr\$								
Salário Contribuição IPEMAT S/ Cr\$								
LÍQUIDO A RECEBER		26.041,46	25.267,46	25.867,76	25.867,76	28.978,00	25.613,76	19.318,64
PROVENTOS GERAIS	Cód.	JUL.	AGO.	SET.	OUT.	NOV.	DEZ.	TOTAIS
Salários		28.978,00	28.978,00	28.978,00	28.978,00	25.613,76	28.978,00	
Gratificações								
Representação								
Horas Extras								
Diárias								
Férias								
Sub-Total								
Salário Família								
Ajuda de Custo								
13º Salário								19.318,64
TOTAL DOS PROVENTOS								
CONSIGNAÇÕES	Cód	JUL.	AGO.	SET.	OUT.	NOV.	DEZ.	TOTAIS
IPEMAT-Cont.		2.318,24	2.318,24	2.318,24	2.318,24	2.318,24	2.318,24	
IPEMAT-Dif.								
Cont. Sindical								
Seguros		216,00	216,00	216,00	216,00	216,00	216,00	
SUB TOTAL DEDUTÍVEL IMP. RENDA								
OUTRAS CONSIGNAÇÕES	Cód	JUL.	AGO.	SET.	OUT.	NOV.	DEZ.	
BEMAT S/A								
Adiantamentos								
F.A.S.C.								
A.A. CODEMAT		432,00	576,00	576,00	576,00	830,00	830,00	
Imp Rend. Ret. Font. ASPEMAT								
TOTAL DAS CONSIGNAÇÕES								
ANULAÇÃO DE PROVENTOS								

MINISTÉRIO DA FAZENDA
SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL
COORDENAÇÃO DO SISTEMA DE INFORMAÇÕES ECONÔMICO-FISCAIS

CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO DO CONTRIBUINTE

DOCUMENTO COMPROBATORIO DE INSCRIÇÃO NO
CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

VÁLIDO EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL

ASSINATURA DO CONTRIBUINTE

Roberto Cezar M. Silva

C/C

NASCIMENTO

21.01.60

INSCRIÇÃO NO CPF

22 784 371 20

CONTRIBUINTE

ROBERTO CEZAR ALMEIDA DA SILVA

SECRETARIO DA RECEITA FEDERAL



TÍTULO ELEITORAL

MATO GROSSO

CIRCUITO

INSCRIÇÃO

N.º 140310

VERZELA GR

MUNICÍPIO

DISTRITO

1.ª ZONA

NOME ROBERT

SEZAR MAGALHÃES DA SILVA

21.08.1960

REGISTRO

CUIABÁ

ESTADO

MT

ALIBARÉ

SALTILHO

REDAÇÃO

PHILIPON JORGES DA SILVA

SILVA

ESTUDANTE

PROFISSÃO

RUA DOM QUIRINO CORRÊA, 138

RESIDÊNCIA

VOTANA 118.

DÉCIMA PRIMEIRA

SEÇÃO

Robert Sezar Magalhães da Silva

ASSINATURA DO ELEITOR

EM 23.2.48

T. S. E. - TÍTULO MOD. 4

103

MUNIZ ELEITORAL

11

VOTO

Em 15/11/1978
RUBRICA DO PRESIDENTE

Em / / 19

RUBRICA DO PRESIDENTE

Em / / 19

RUBRICA DO PRESIDENTE

Em / / 19

RUBRICA DO PRESIDENTE

Em / / 19

RUBRICA DO PRESIDENTE

Em / / 19

RUBRICA DO PRESIDENTE

Em / / 19

RUBRICA DO PRESIDENTE

Em / / 19

RUBRICA DO PRESIDENTE

Em / / 19

RUBRICA DO PRESIDENTE

Em / / 19

RUBRICA DO PRESIDENTE

Em / / 19

RUBRICA DO PRESIDENTE

Em / / 19

RUBRICA DO PRESIDENTE

Departamento de Imprensa Nacional



MINISTÉRIO DO EXÉRCITO

9.ª RM

CERTIFICADO DE ALISTAMENTO MILITAR

R A 3 0 0 8 3 0 0 2 0 1 9 8

30.ª CSM Nº 281504

SÉRIE M



Validade inicial de 31/12/1988

Certifico que Roberto Cezar Magalhães da Silva

Motorista - 6.ª Sér. 1.º Grau
(profissão e grau de instrução)

Solteiro
(estado civil)

nascido a 21/01/60 - Caiabá
(data) (município)

M.T.
(est.)

residente Rua Tenente Cipriano nº 138

filho de Philermon Borges da Silva

e de Ruth Magalhães da Silva

está alistado para o Serviço Militar pela J.S.M. - V.Gde

Identificação:

Altura 1,65

Cúlis Parda

Cabelos Pret. Cresp.

Olhos Cast. Esc.

Sinais particulares Não Tem

J.S.M. - V.Gde - 02 - 04 - 78
(local e data)

Roberto Cezar Magalhães

(Assinatura do alistador)

Roberto Cezar Magalhães

(Assinatura do alistador)

Poleg. Direito



Aposentou-se de 25 a 30
a Aposento nº 16 BC
para inspecção de saúde.
Em 02/05/78

Milagrade

Sector:

Acosta 18 no 16 BC

para inspecção de saúde.

02105118

Willie

256.04.1.1

• ୩

9

7

8

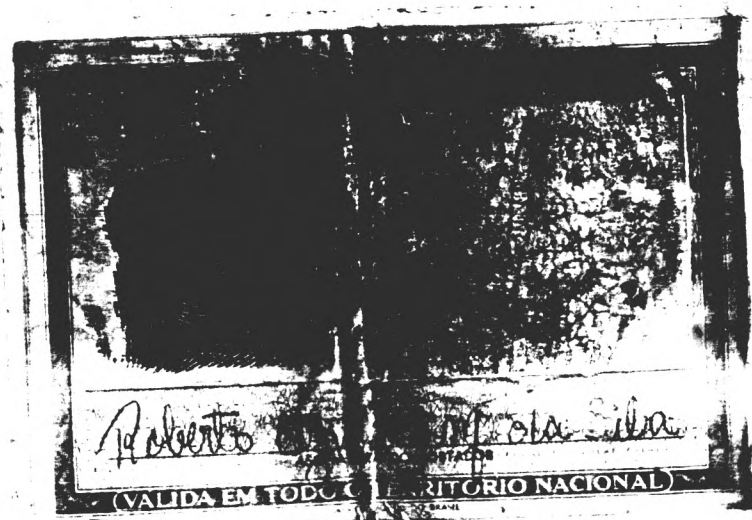
9

10

11

12





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



ESTADO DE MATO GROSSO

Ataide F. Silva

OFICIAL DO REGISTRO CIVIL DE VARZEA GRANDE, TERMO DA
COMARCA DA CAPITAL DO ESTADO DE MATO GROSSO, NA FORMA DA LEI.

LIVRO N.º 17

FLS. N.º 107

TERMO N.º 10.388

Certidão de Nascimento

CERTIFICO que, às fls. 197, do livro A- 17, sob N.º de
ordem 10.388, foi lavrada no dia 22 de setembro de 1966

o assento de nascimento de ROBERTO MAGALHÃES DA SILVA *
* * * * *

de cor parda clara, sexo masculino, nascido no dia 21 de
janeiro de 1960, às 13 horas e * minutos, em
Cuiabá Mt. * * * * *

filho de Philemon Borges da Silva ! ! * * * * *

e de Dona Ruth Magalhães da Silva ! ! * * * * *

são avós paternos Francisco A. Silva * * * * *

e Dona Clementina B. Silva * * * * *

e avós maternos Virgínia P. Magalhães * * * * *

e Dona Adelaide P. Magalhães * * * * *

Foi declarante o pai * * * * *

e serviram de testemunhas João L. Silva e José M. Campos

Observações

O referido é verdade e dou fé.

Varzea Grande, 26 de janeiro de 1970

OFICIAL

Pago por



ESTADO DE MATO GROSSO
SECRETARIA DE EDUCACAO E CULTURA

Estabelecimento: Escola de 1º e 2º Graus " Couto Magalhães " Autor Nº 38/68
Cidade: Várzea Grande Estado MT.
Nome do Aluno: Roberto César Magalhães da Silva
Data de Nascimento: 21/01/60 Cidade Cuiabá Estado MT.
Filiação: Philemon Borges da Silva
Ruth Magalhães da Silva

HISTÓRICO ESCOLAR DO I GRAU
LEI FEDERAL N. 5692 DE 11/08/71

EDUCAÇÃO GERAL														FORMAÇÃO ESPECIAL				RESULTADO	
Conteúdo	COMUNICAÇÃO E EXPRESSÃO				ESTUDOS SOCIAIS				CIÊNCIAS				Prat. Int. Lar	Prat. Ind.					
	Ling. Port.	Ling. Ingl.	Educ. Art.	CONCEITO POR ÁREA	Geog.	Hist.	Ens. Relig.	CONCEITO POR ÁREA	Mat.	Ciênc	P. Saú de	CONCEITO POR ÁREA							

1.ª Série	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X					X
-----------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--	--	--	--	---

ESTABELECIMENTO					CIDADE					ESTADO					ANO				
2.ª Série	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X					X

ESTABELECIMENTO					CIDADE					ESTADO					ANO				
3.ª Série	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X					X

ESTABELECIMENTO					CIDADE					ESTADO					ANO				
ADM Série				550					750					850					720

Seminário Cristo Rei Várzea Grande Mato Grosso 1972

ESTABELECIMENTO					CIDADE					ESTADO					ANO				
5.ª Série	9,0	7,0	8,0	-	8,0	9,0	6,8	7	-	-	9,0	7,5	9,0	-	-	5,5			Apr.

Escola de 1º e 2º G. Couto Magalhães Várzea Grande Mato Grosso 1975

ESTABELECIMENTO					CIDADE					ESTADO					ANO				
6.ª Série	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

ESTABELECIMENTO					CIDADE					ESTADO					ANO				
7.ª Série	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

ESTABELECIMENTO					CIDADE					ESTADO					ANO				
8.ª Série	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

ESTABELECIMENTO										CIDADE										ESTADO										ANO									
Observações:																																							

Várzea Grande, 21 de junho de 1977

B. Oliveira

SECRETÁRIO REG. N.

aut. 304/76

Baracat Lima

DIRETOR REG. N.

aut. 26/75

Roberto Cezar M. Silva
A S S I N A T U R A

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, ROBERTO CEZAR MAGALHÃES DA SILVA

(nome do empregado por extenso)

portador da Carteira Profissional n.º 07776 - Série 00002, empregado da

empresa Cia. de Desenvolvimento do Estado de Mato Grosso

(denominação da empresa)

sita Palacio Paiaçuás- C.P.A.

(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.

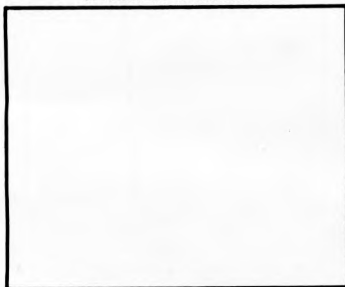
Cuiabá-MT., 07.05.82

(Local e data)

Roberto Cezar Magalhães Silva

(assinatura)

Impressão dactiloscópica, quando
se tratar de analfabeto:



TESTEMUNHAS:

1.a

2.a

(assistente responsável legal pelo menor, quando couber)

RECEBEMOS O ORIGINAL

DATA...../...../19.....

(assinatura do empregador)

(ESCREVER NA CÓPIA)

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 do Brasil S/A

localizada à Rua Barão de Melgaço

(carimbo e assinatura)

Vilazio Arruda Pinto
Ch do Setor de Pessoal

(Preencher em 2 Vias)

TILIBRA

CÓD. 15103

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, ROBERTO CEZAR MAGALHÃES DA SILVA

(nome do empregado por extenso)

portador da Carteira Profissional n.º 07776 - Série 00002, empregado da

empresa Cia. de Desenvolvimento do Estado de Mato Grosso

(denominação da empresa)

sita Palacio Paiaaguás- C.P.A.

(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.

Cuiabá-MT., 07.05.82

(Local e data)

Roberto Cezar Magalhães Silva

(assinatura)

Impressão dactiloscópica, quando
se tratar de analfabeto:



TESTEMUNHAS:

1.ª

2.ª

(assistente responsável legal pelo menor, quando couber)

RECEBEMOS O ORIGINAL

DATA...../...../19.....

(assinatura do empregador)

(ESCREVER NA CÓPIA)

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 do Brasil S/A
localizada à Rua Barão de Melgaço

(Preencher em 2 Vias)

TILIBRA

(carimbo e assinatura)

Vilazto Arruda Pinto
Ch do Setor de Pessoal

CÓD. 15103

Continuação.

- 1) Referente à Srª Amélia Deolinda de Arruda, setor de Topografia do GTE, séde.
 - Por ser a única funcionária do setor.
 - Substitue plenamente pela dedicação ao trabalho dois ou mais funcionários que o setor requer.
 - É boa técnica e executa trabalhos de desenho e calculos topográficos em geral , no setor.
 - Já trabalha por serviços prestados a mais de 3(três) meses e demonstra ótima capacidade de trabalho produtivo.
 - Possui um bom currículo profissional.
- 2) Referente ao Sr. Roberto Cesar Magalhães da Silva.
 - Pela dedicação ao trabalho executado a esta Cia.
 - Operou por serviços prestados no loteamento da Colonia Figueira, como auxiliar de topógrafo junto ao Topógrafo Gonçalino Candido Rosa.
 - Demonstrou honestidade para com o trabalho bem como no tratamento para os posseiros , respeitando os critérios desta GTE.
 - Operou na Cascata também como auxiliar de topografia demonstrando vontade para o trabalho bem como confiança para a guarda do acampamento.
 - Em Aparecida do Leste , como auxiliar de topografia e escritório auxiliando o topógrafo Gonçalino Candido Rosa nos trabalhos de regularização fundiária daquela região.
 - Já trabalha no campo para a CODEMAT mais de 8 (oito) meses.
 - Com tais contratações o GTE se encontra em condições de ter seu pessoal regularizado e dar continuidade aos seus trabalhos a fim de cumprir sua meta programada para o corrente ano.

Cuiaba, 28 de abril de 1.982.


PHILEMON-BORGES DA SILVA

CHEFE DO G.T.E.


7/5/82

11/05/82

EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS

DO : GRUPO DE TRABALHO ESPECIAL

AO : DIRETOR SUPERINTENDENTE

Senhor Diretor ,

Já de conhecimento de V.Sª., que as nossas frentes de trabalho de campo aumentaram com os trabalhos na Cascata e em Aparecida do Leste , ex-focos de tensão social. Por conseguinte , tais frentes reclamaram também acréscimo de pessoal técnico para prosseguirmos os trabalhos e dar-se término aos mesmos dentro de um prazo não muito longo, dentro da programação do corrente ano.

Observando-se que em Pontes e Lacerda temos dois topógrafos em operação direta no campo; que em Paranatinga temos também dois topógrafos operando no campo e escritório , que na Cascata temos dois topógrafos com um auxiliar de topógrafos e necessitando de mais um topógrafo , tendo em vista a grandeza dos trabalhos e sua execução em um curto espaço de tempo ; que em Aparecida do Leste temos um topógrafo necessitando de mais um para aceleração dos trabalhos técnicos ; e que no setor de desenho e cálculo deste GTE temos um calculista-desenhista que atende a todos os trabalhos técnicos das colonias desta Cia.

Portanto temos:

- 1) Em Pontes e Lacerda dois topógrafos contratados por tempo determinado de serviço.
- 2) Em Paranatinga , idem, idem.
- 3) Em Cascata dois topógrafos da sede.
- 4) Em Aparecida do Leste um topógrafo da sede e um auxiliar não contratado.
- 5) No setor de topografia da sede (GTE) um calculista-desenhista não contratado.

Em vista do exposto, venho solicitar à V.Sª. para contratação por tempo determinado de serviço dos não contratados já referidos anteriormente , pelos seguintes motivos:





Companhia de Desenvolvimento do Estado de Mato Grosso - CODEMAT

C. P. A.

I. C.G.C. 03.47453.0/0001-32

Fones: 821-9508 - 9509

Comunicação Interna

Cuiabá - MT.

DE	PARA	REF.	DATA.	N. da CI
GRUPO TRABALHO ESPECIAL	DIRETOR SUPERINTENDENTE		28/04/82	289/82

ASSUNTO: ENCAMINHAMENTO (F A Z)

Pela presente, estamos encaminhando à V.Sa.,
Exposição de Motivos , relativos a contratação de pessoal.

ATENCIOSAMENTE.

PHILEMON BORGES DA SILVA

CHEFE DO G.T.E.

ENVIADO POR:
PHILEMON BORGES DA SILVA

DESTINADA A:
GABRIEL JÚLIO MATTOS MULLER

RECEBIDA
EM



Companhia de Desenvolvimento do Estado de Mato Grosso - CODEMAT

C. P. A.

I. C.G.C. 03.47453.0/0001-32

Fones: 821-9508 - 9509

Comunicação Interna

Cuiabá - MT.

DE DIR. SUPERINTENDENTE	PARA DIR: PRESIDENTE	REF. -	DATA. 06.05.82	N. da CI 46/82
----------------------------	-------------------------	-----------	-------------------	-------------------

ASSUNTO: Encaminhamento (Faz)

Conforme já dialogamos no dia 05.05.82, volto a encaminhar - lhe o assunto no qual reivindico, por necessidade de serviço, após a aprovação do Exm^o. Sr. Governador, a contratação dos técnicos apontados na exposição de motivos do G.T.E.

Lançado em Ata Atenciosamente
de 07/5/82 da Diretoria. *[assinatura]*
Em 31/5/82 Gabriel Julio de Mattos Müller
Marlene Diretor Superintendente

ENVIADO POR:
Gabriel J.M. Müller

DESTINADA A:
Osvaldo de O. Fortes

RECEBIDA
EM

#6
58
PI Donde nio
clautmizacab no EM
data de 7/5/82
LCN



Companhia de Desenvolvimento do Estado de Mato Grosso - CODEMAT

I.C.G.C. 03.474.630/0001-82

Fones: 321-9508 - 9509

C. P. A.

CUIABÁ - MT.

Comunicação Interna

DE Nº. SETOR DE PESSOAL	PARA DIV. ADM. GERAL	REF.	DATA 02.05.83	Nº da CI 436/83
----------------------------	-------------------------	------	------------------	--------------------

ASSUNTO: Comunicação Faz:

Com a presente, comunicamos a V. Sª., que em 07.05.83 irá em -
cerrar os Contratos de Trabalho por Tempo Determinado dos seguintes servidores:
ROBERTO CEZAR MAGALHÃES DA SILVA, e AMÉLIA DEOLINDA FRANCO ARRUDA, lotados no
G.T.E. desta Cia., para o qual solicitamos o pronunciamento quanto a renovação
do mesmo.

Dir. Sup. 03.05.83

*p/ manifestar
favor*

*arquivar-se
moises*

Atenciosamente

Vilázio de Arruda Pinto
VILÁZIO DE ARRUDA PINTO

ENVIADO POR:
VILÁZIO DE ARRUDA PINTO

DESTINADA A:
VILÁZIO DE ARRUDA PINTO

RECEBIDA
EM.

02/05/83

*Edar C/
moises*



BANCO DO BRASIL S.A.
FGTS

21.02.84

99923

Extrato de Conta do Fundo de Garantia do Tempo de Serviço

NOME DO EMPREGADO ROBERTO CEZAR MAGALHAES				NUMERO DA CONTA 25.532-7		FOLHA 1	
SITUAÇÃO DA CONTA OPTANTE		Nº DE INSCRIÇÃO NO PIS / PASEP 777600-002		SAQUES NA VIGENCIA DO CONTRATO 0,00		LOCALIZAÇÃO	
DATA ADMISSÃO 01.06.82		DATA OPÇÃO 01.06.82		DATA RETRATAÇÃO		DATA RETROAÇÃO	
AFASTAMENTO - CÓDIGO				TAXA 3,0			
NOME DA EMPRESA CIA DESENVOLVIMENTO MATO GROSSO-CODEMAT				NUMERO DA EMPRESA 460.071-1		CÓD. ATIV 00000	
ENDERECO DA EMPRESA PALACIO PAIAGUAS-CPA				CGC/CPF 03474053/0001-32			
CEP 78.000		CIDADE				UF MT	
AGÊNCIA DEPOSITÁRIA GUIABA				PRACA GUIABA		MT	
CGC 00000000/0046-93							

MOVIMENTAÇÃO DA CONTA NO SEMESTRE

DATA	HISTÓRICO	VALOR Cr\$
30.06.83	SALDO ANTERIOR	41.082,05 C
01.07.83	JCM CREDITADOS-ÍNDICE- 0,278540	8.482,39 C
27.09.83	DEPOSITO JUN/83, JUL/83, AGO/83	15.855,00 C
03.10.83	JCM CREDITADOS-ÍNDICE- 0,304711	15.104,65 C
20.12.83	DEPOSITO SET/83, OUT/83, NOV/83	17.383,00 C
02.01.84	JCM CREDITADOS-ÍNDICE- 0,289120	23.282,85 C
SALDO DA CONTA		
DEPOSITOS - Cr\$ 68.750,00 C		
JUROS E CORREÇÃO MONETÁRIA - Cr\$ 52.445,94 C		
TOTAL - Cr\$ 121.195,94 C		

MOD. 030.010-1 Abr/83

Saldo anterior
Dezembro/83
Janeiro/84
Fevereiro/84
Março/84

Off 121.196,00

9.489,00

10.444,00

10.444,00

10.444,00

Off

162.416,00

16.242,00

rescisão de contrato de trabalho

CGC - CARIMBO PADRONIZADO (EMPRESA)

- ☒ OPTANTE
☐ NÃO OPTANTE
- ☐ POR PEDIDO DE DISPENSA
☐ POR ACORDO
☒ POR DISPENSA SEM JUSTA CAUSA
☐ POR DISPENSA COM JUSTA CAUSA

Empresa _____

Endereço _____

Atividade _____ CGC/MF n.º _____ Matrícula no INPS _____

Nome do Empregado Roberto Cesar. Napoleões Silva N.º do CTPS 07716 Série 00002Registro n.º _____ Cargo Eng. de Topografia Admissão em 07/05/1982Desligamento Em 23/05/1984 Aviso Prévio Em - / - / 19 - Declaração de opção Em 07/05/1982 Maior remuneração Cr\$ 130.962,00

DISCRIMINAÇÃO DAS VERBAS PAGAS

Indenização anos	Cr\$ <u>FGTS</u>	Comissões	Cr\$ <u>-</u>
Aviso Prévio	Cr\$ <u>130.962,00</u>	Horas Extras	Cr\$ <u>-</u>
13.º Salário <u>06/84</u>	Cr\$ <u>65.481,00</u>	Gratificação	Cr\$ <u>-</u>
Salário-Família	Cr\$ <u>-</u>	Ad. Periculosidade	Cr\$ <u>-</u>
Férias Vencidas	Cr\$ <u>130.962,00</u>	Ad. Insalubridade	Cr\$ <u>-</u>
Férias Proporcionais <u>01/82</u>	Cr\$ <u>10.914,00</u>	Ad. Noturno	Cr\$ <u>-</u>
Prejudicado 14/65	Cr\$ <u>-</u>	FGTS - Quitação	Cr\$ <u>8.032,00</u>
Prejudicado 20/66	Cr\$ <u>-</u>	FGTS - mês anterior <u>FGTS</u>	Cr\$ <u>-</u>
Saldo de Salários <u>23 dias maio/84</u>	Cr\$ <u>100.404,00</u>	FGTS - 13.º Salário	Cr\$ <u>5.238,00</u>
Lei N.º 6708/79 - Art. 9º	Cr\$ <u>130.962,00</u>	FGTS - 10% s/ Cr\$ (soma FGTS - Quitação + FGTS - mês anterior)	Cr\$ <u>803,00</u>
<u>Indenização</u>	Cr\$ <u>130.962,00</u>	FGTS - 10% s/ Cr\$ (soma depósitos + c. monetária + juros)	Cr\$ <u>16.242,00</u>
		TOTAL BRUTO	Cr\$ <u>730.962,00</u>

DESCONTOS

Previdência	Cr\$ <u>32.659,00</u>	<u>(32.659,00 + 8,15%)</u> <u>(624.252,00 + 0,15%)</u>
Previdência 13.º Salário	Cr\$ <u>4.682,00</u>	
Adiantamentos	Cr\$ <u>-</u>	
.....	Cr\$ <u>-</u>	
.....	Cr\$ <u>-</u>	
		Cr\$ <u>32.341,00</u>
TOTAL LÍQUIDO		Cr\$ <u>693.621,00</u>

Recebi da firma acima a quantia líquida de Cr\$ _____

em moeda corrente do país, ou pelo cheque visado n.º _____ contra o Banco _____

, como pagamento de meus direitos na rescisão contratual.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

- ☐ FGTS - guias 6 últimos recolhimentos, inclusive sobre o mês da rescisão, 10%, quando for o caso, computados juros e correção monetária;
- ☐ Autorização para Movimentação da Conta Vinculada (AM);
- ☐ Pedido de Dispensa (3 Vias);
- ☐ Rescisão (em 4 Vias);
- ☐ Livro ou Ficha Registro de Empregados - LRE;
- ☐ Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS;
- ☐ Procuração;
- ☐
- ☐

PARA USO DA REPARTIÇÃO

Registro _____
Livro _____
Folha _____

Empregado

_____, de _____ de 19 _____

Assinatura Empregadora - Preposto

Assinatura do Responsável, em caso de Empregado Menor

A U T O R I Z A Ç Ã O
= = = = =

Pela presente, autorizamos a nossa servidora MARILZA SERA DE OLIVEIRA, representar a Companhia de Desenvolvimento do Estado de Mato Grosso- CODEMAT-, perante ao Ministério do Trabalho Delegacia Regional de Mato Grosso, referente à rescisão contratual de trabalho do servidor GERALDO COUTINHO FILHO, podendo para tanto praticar atos que sejam necessários ao cabal desempenho desta Companhia.

Cuiabá-MT., 06 de abril de 1.984


BENEDITO DE FRANÇA BARRETO
Diretor Administrativo Financeiro





MINISTERIO DA FAZENDA
SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL
COORDENAÇÃO DO SISTEMA DE INFORMAÇÕES ECONÔMICO FISCAIS

CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO DO CONTRIBUINTE

DOCUMENTO COMPROBATORIO DE INSCRIÇÃO NO
CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

VÁLIDO EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL

ASSINATURA DO CONTRIBUINTE

Roberto Cezar M. Silva

C/C

NASCIMENTO

21.01.60

INSCRIÇÃO NO CPF

9 784 371 20

CONTRIBUINTE

ROBERTO CEZAR ALMEIDA HAES DA SILVA


SECRETÁRIO DA RECEITA FEDERAL

A-16



CODEMAT

REGISTRO DE EMPREGADO



Nº de Ordem 1.456

Nome do Empregado: ROBERTO CÉZAR MAGALHÃES DA SILVA

Residência: Trav. do Embauval, 238-V, Nova-V.G. Telefone: -



Côr moreno

Cabelo preto

Barba

Bigode

Olhos preto

Altura

Peso

Idade 22 anos. Data do nascimento 21 / 01 / 60 lugar do nascimento Cuiabá-MT

Estado Civil Solteiro Nacionalidade Brasileira

Filiação Pai PHILEMON BORGES DA SILVA Nacionalidade BRASILEIRA

Mãe RUTH MAGALHÃES DA SILVA Nacionalid. BRASILEIRA

Beneficiários: Os pais

Nº da Cart. Prof. 07776 Série 00002

» » » de Saúde

» » » do Inst. Aposentadoria

SITUAÇÃO MILITAR

Cad. Nº 300830020396

Categoria 281504

Certificado 9ª RM

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 conjugue:

Tem filhos brasileiros? Quantos?

Data da chegada ao Brasil

Naturalizado? Decreto Nº

Data da Admissão ao Serviço 07.05.82

Cargo que ocupa Aux. Top. nível 04

Remuneração R\$ 19.926,00

Forma de Pagamento mensal

Horário de Trabalho: das 12:00 às 18:30 com intervalo de hs. para refeição e descanso

Data e assinatura do empregado na ocasião da admissão 07 de maio de 19 82

Data da Dispensa

93105189

Recebi os seguintes documentos que me pertencem

de

de 19

Polegar Direito

[illegible]

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. A vertical margin line is present on the left side. The paper appears slightly aged or off-white. There are some faint, dark smudges or marks near the center-right of the page, possibly from a pen or pencil. The overall appearance is that of a clean but slightly used piece of stationery.

[illegible][illegible][illegible]