



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

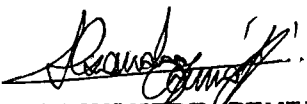
DE DCPE/GER.PROG.ESP.DE TV.	PARA SETOR DE PESSOAL	DATA 23/11/83	Nº da CI 668/83
--------------------------------	--------------------------	------------------	--------------------

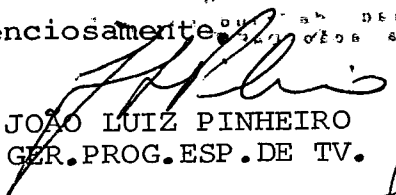
ASSUNTO: Encaminhamento (faz)

Senhor chefe,

Em anexo, encaminhando a V. Sa. Atestado Médico da funcionária DOROTILDE FERREIRA DA SILVA.

Atenciosamente,


ALEXANDRE DEMIDOFF
D.C.P.E.


JOÃO LUIZ PINHEIRO
GER.PROG.ESP.DE TV.

Caro CEA DAF para o departamento jurídico. Em 24/11/83

ENVIADO POR:
JOÃO LUIZ PINHEIRO

DESTINADA A:
JUÁREZ DA SILVA E SOUZA.

RECEBIDA
EM

RECEIVED

paio as dividas anteriores
e providencias

2, 24/11/13



~~CODE-MAT~~

Walter Moreira Noronha
Coordenador de Estudos e
Avaliação DAF 1^o - 5



**INSTITUTO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA
MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL**
SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA

ATESTO que a segurada DOROTILDE

FERREIRA SILVA

portadora da Carteira Profissional n.º.....

Série....., deverá afastar-se do trabalho por

um período de 12 semanas, a partir de

-21/-10/83, de conformidade com o

que dispõem o parágrafo 1.º do Art. 392 da Consolidação
das Leis do Trabalho e o Art. 3.º do Decreto n.º 75.207/75.

HOSPITAL GERAL

Hospital - PAM

CUIABÁ 21/10/83

Local - Data

José Valdemar Ost
Ass. do Médico - N.º CRM

Dr. José Valdemar Ost

CRM-MT. 1.138

CIC. 228722990-68

SAM - 64

ATESTADO MÉDICO PARA GESTANTE

Ficha Financeira

A PARTIR DE	01/01/86	VENC. PADRÃO	2469.053	GRATIFICAÇÃO		OUTROS		Nome: DOROTILDES FERREIRA DA SILVA	DATA DA ADMISSÃO:	01/10/79	GRUPO Nº	136
								PROFISSÃO:	CLASSE:		DEP.	
								CARGO: AGENTE ADMINISTRATIVO	NÍVEL: 12	✓	MATRÍCULA Nº	1
								EXERCÍCIO: 1986	N. DEP. ECON. IMP. RENDA	Gr8	03	
								LOTAÇÃO: TV / DIR. OPERAÇÕES.	N. DEP. ECON. SAL. FAMÍLIA	Gr8	03	

ESPECIFICAÇÕES	JAN.	FEV.	MAR.	ABR.	MAI.	JUN.	JUL.	AGO.	SET.	OUT.	NOV.	DEZ.	13º SAL.	TOTAL
SALÁRIO	2469.053	2469.053	2469.053	2469.053	3423.00		3423.00							
GRATIFICAÇÃO									193200	48 meses	193200			
REPRESENTAÇÃO														
HORAS EXTRAS														
INSALUBRIDADE														
DIF. SALÁRIO														
DIÁRIAS														
FÉRIAS														
ADICIONAL 5%	138.453	138.453	136.94		171.15		171.15							
TRANSFERÊNCIA														
SUB-TOTAL														
AGOSTO - FUNDOS														
13º SALÁRIO												537,00	537,00	537,00
SALÁRIO-FAMÍLIA	90.066	90.066	120.60		120.60		120.60							
TOTAL DOS PROVENTOS			2997.506	2996.29	3.714.75		3714.75							
IAPAS	254.407	254.407	251.62		314.49		314.49							
CONTRIBUIÇÃO SINDICAL			91.29											
SEG. BOA VISTA	3.510	3.516	3.51	3.51	3.51	3.51	3.51	3.51	47.83					
PENSÃO ALIMENTAÇÃO	118.63	118.83	11.88	20.31	20.31	20.31	20.31	20.31	20.31					
SUB-TOTAL 11 CONTRA	183.301	183.301	162.37	141.27	120.47	107.42	93.89							
IMPOSTO DE RENDA														
ASPEMAT	6.641	6.641	6.66	5.66	10.00									
ANULAÇÃO DE PROVENTOS														
FASC	15000	15000	2500	25.00	2500									
ADIANA SALAMONTS NOSSA														
A.S. CODEMAT	20.767	20.767	20.54		25.67		25.67							
D.B. / A.S.C.	40.000													
24669 Globalo	107.000													
ANUALESA	588.600	589.000			776.00	726.00								
TOTAL DE DESCONTOS					1.300.45									
LÍQUIDO A RECEBER	1967976	1.545.931	1423.112		2414.30		3756.25							

**CODEMAT**COMPANHIA DE DESENVOLVIMENTO
DO ESTADO DE MATO GROSSO**FOLHA DE PONTO**

NOME

Dorotilde Ferreira da Silva

CARGO

Ag. Adm

FUNÇÃO

SETOR:

SERH

MÊS:

Novembro/91

DIA	MATUTINO				VESPERTINO			
	Ent.	Assin.	Saída	Assin.	Ent.	Assin.	Saída	Assin.
01					12:00	<u>12:00</u>	12:00	<u>12:00</u>
02						SABADO		SABADO
03						DOMINGO		DOMINGO
04						LICENCA		LICENCA
05						LICENCA		LICENCA
06						LICENCA		LICENCA
07						LICENCA		LICENCA
08						LICENCA		LICENCA
09						SABADO		SABADO
10						DOMINGO		DOMINGO
11						LICENCA		LICENCA
12						LICENCA		LICENCA
13						LICENCA		LICENCA
14						LICENCA		LICENCA
15						FERIADO		FERIADO
16						SABADO		SABADO
17						DOMINGO		DOMINGO
18						LICENCA		LICENCA
19						LICENCA		LICENCA
20						LICENCA		LICENCA
21						LICENCA		LICENCA
22						LICENCA		LICENCA
23						SABADO		SABADO
24						DOMINGO		DOMINGO
25						LICENCA		LICENCA
26						LICENCA		LICENCA
27						LICENCA		LICENCA
28						LICENCA		LICENCA
29						LICENCA		LICENCA
30						SABADO		SABADO
31						DOMINGO		DOMINGO

OBS:

Reclamante:

- DOROTILDE FERREIRA DA SILVA
CTPS nº série
CI/RG nº 130.022 SSP/ MT -
Admissão 01/10/79 - Demissão 29/02/92
Último salário percebido - Cr\$ 603.012,00

Reclamada :

COMPANHIA DE DESENVOLVIMENTO DO ESTADO DE MATO GROSSO -
CODEMAT -

DIREITOS RECLAMADOS

Aviso prévio.....Cr\$	603.012,00	*
3/12 avos 13º salário/91.....Cr\$	150.753,00	*
Férias vencidas.....Cr\$	603.012,00	
Férias prop. 6/12 avos.....Cr\$	301.506,00	
1/3 s/ férias.....Cr\$	301.506,00	
Licença prêmio - períodos.....Cr\$	1.206.024,00	
Diferença de FGTS, por todo o período trabalhado já acrescido de 40%...Cr\$	4.254.854,00	
40% s/ FGTS depositado.....Cr\$	2.197.512,00	

SUB-TOTAL.....Cr\$ 9.618.179,00

(-) Descontos:

UNIMED	Cr.\$	-	218.415,00	6.645,00
TICKET ALIMENT.	Cr.\$	-		120.000,00
FARMÁCIA	Cr.\$	-	10.696,00	6.624,00
V. TRANSPORTE	Cr.\$	-		
CUST. OP.	Cr.\$	-		
A.S.C.	Cr.\$	-		4.848,00
DENTISTA	Cr.\$	-	28.070,00	54.140,00
SEGURO	Cr.\$	-		4.900,00

LÍQUIDO A RECEBER.....Cr\$ 9.330.969,00

INSS — 72.362,00

Whady Pacerda
Assessor do Liquidante
CODEMAT

9164.736,00

453.443,00

**CODEMAT**COMPANHIA DE
DESENVOLVIMENTO DO
ESTADO DE MATO GROSSOTERMO DE RESPONSABILIDADE

(Concessão de Salário-Família - Port. n° MPAS - 3.040/82) Termo de Responsabilidade

EMPRESA: CodematNOME DO SEGURADO: Doro Tilde Ferreira da SilvaCARTEIRA PROFIS./IDENTIDADE: RG. 130 022.1/CART. Trab. 95.505.Série 547a

BENEFICIÁRIOS	NOME DO FILHO	DATA DE NASCIMENTO
	<u>Danielle Ferreira da Silva</u>	<u>23/04/80</u>
	<u>Patricia Ferreira de Queiroz</u>	<u>11/07/82</u>
	<u>Renato Ferreira de Queiroz</u>	<u>21/10/83</u>

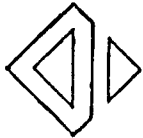
Pelo presente TERMO DE RESPONSABILIDADE, declaro estar ciente de que deverei comunicar de imediato a ocorrência dos seguintes fatos ou ocorrências que determinar a perda do direito ao salário-família:

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

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

Cuiabá, 22 de Abril de 1987

Doro Tilde Ferreira da Silva
Servidor

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

(03)

TERMO DE RESPONSABILIDADEConcessão de Salário Família - Port. = Termo de Responsabilidade
nº MPAS - 3.040/82

EMPRESA: CODEMAT

NOME DO SEGURADO: Dorvalde Ferreira da Silva

CARTEIRA PROFIS. OU IDENTIDADE:

BENEFICIÁRIOS

NOME DO FILHO	DATA DE NASCIMENTO
Danielle Ferreira da Silva	23/04/80
Patrícia Ferreira de Queiroz	11/07/82
Renato Ferreira de Queiroz	21/10/83

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

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

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

Cuiabá, 24/03/88

Servidor(segurado)

		OBRIGATÓRIAS NO 1º ANO DE VIDA						
DOSES	VACINAS	ANTIPÓLIO	D.P.T.	B.C.G.	ANTI-SARAMPO	TOXÓIDE TETÂNICO		
	DATA RUBRICA C.V. P.V.							
1ª		16/08/82 04 - MT. C.V.	16/08/82 04 - MT. C.V.	18/8/82 04 - MT. C.V.	16/08/82 04 - MT. C.V.			
2ª		24/08/85 04 - MT. 01	24/08/85 04 - MT. 01					
3ª								
REFORÇO								

CADERNETA VÁLIDA PARA TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

VALE COMO ATESTADO DE VACINAÇÃO
GUARDE-A COM CUIDADO
EXIGIDA PARA RENOVAÇÃO DO
SALÁRIO-FAMÍLIA (Lei nº 6.259, de 30.10.75)

A DEFESA DA SAÚDE DE UMA CRIANÇA
É RESPONSABILIDADE DOS PAIS
E DOS QUE A TÊM SOB SUA GUARDA

A VACINAÇÃO É UM IMPORTANTE
MEIO DE DEFESA. É OBRIGATÓRIA.
Art. 29 do Programa Nac. de Imunizações)

CABE AOS SERVIÇOS DE SAÚDE
PROVER OS MEIOS E ESTAR
VIGILANTES



MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE SAÚDE
PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÕES

CADERNETA DE VACINAÇÕES

NOME: Patrícia Ferreira de Queiroz

DATA DO NASCIMENTO: 11-7-82

NOMES DOS PAIS: Reginaldo G. Queiroz
Dorotildes Ferreira Silva

ENDEREÇO: Rua Irmã Elvira Paes

		OBRIGATÓRIAS NO 1º ANO DE VIDA							
DOSES	VACINAS	ANTIPÓLIO	D.P.T.	B.C.G.	ANTI-SARAMPO	TOXÓIDE TETÂNICO			
	DATA RUBRICA C.V. P.V.								
1ª	DATA RUBRICA C.V. P.V.	16/11/83 04 - MT. C. SAUPE	16/11/83 04 - MT. C. SAUPE	21/11/83 04 - MT. 01	16/08/85 04 - MT. C. SAUPE				
2ª	DATA RUBRICA C.V. P.V.	24/08/85 04 - MT. 01	24/08/85 04 - MT. 01						
3ª	DATA RUBRICA C.V. P.V.								
4ª	DATA RUBRICA C.V. P.V.								

ADERNETA VÁLIDA PARA TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

VALE COMO ATESTADO DE VACINAÇÃO
GUARDE-A COM CUIDADO
EXIGIDA PARA RENOVAÇÃO DO
SALÁRIO-FAMÍLIA (Lei nº 6.259, de 30.10.75)

A DEFESA DA SAÚDE DE UMA CRIANÇA
É RESPONSABILIDADE DOS PAIS
E DOS QUE A TÊM SOB SUA GUARDA

A VACINAÇÃO É UM IMPORTANTE
MEIO DE DEFESA. É OBRIGATÓRIA.
(Art. 29 do Programa Nac. de Imunizações)

CABE AOS SERVIÇOS DE SAÚDE
PROVER OS MEIOS E ESTAR
VIGILANTES



MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE SAÚDE
PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÕES

CADERNETA DE VACINAÇÕES

NOME: Renato Ferreira de Azevedo

DATA DO NASCIMENTO: 21 - 10 - 83

NOMES DOS PAIS: Reginaldo Gonçalves de Azevedo

Do Rótulo: Ferreira da Silva

ENDEREÇO: 6887

		OBRIGATÓRIAS NO 1º ANO DE VIDA					
DOSES		VACINAS	ANTIPÓLIO	D.P.T.	B.C.G.	ANTI-SARAMPO	TOXÓIDE TETÂNICO
1ª	DATA RUBRICA C.V. P.V.	16/08/80 04 - MT. 01	16/08/80 04 - MT. 01	21/11/83 04 - MT. 01	16/08/80 04 - MT. 01		
2ª	DATA RUBRICA C.V. P.V.	24/08/85 04 - MT. 01	24/08/85 04 - MT. 01				
3ª	DATA RUBRICA C.V. P.V.						
REFORÇO	DATA RUBRICA C.V. P.V.						

CADERNETA VÁLIDA PARA TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

LE COMO ATESTADO DE VACINAÇÃO

ARDE-A COM CUIDADO

GIDA PARA RENOVAÇÃO DO

ÁRIO-FAMÍLIA (Lei n.º 6259 de 30/10/1975)

A DEFESA DA SAÚDE DE UMA CRIANÇA
É RESPONSABILIDADE DOS PAIS
E DOS QUE A TÊM SOB SUA GUARDA

VACINAÇÃO É UM IMPORTANTE

IO DE DEFESA. É OBRIGATÓRIA.

t. 29 do Programa Nac. de Imunizações)

CABE AOS SERVIÇOS DE SAÚDE
PROVER OS MEIOS E ESTAR
VIGILANTE

CADERNETA DE VACINAÇÕES

NOME: Dannielle Ferreira da Silva

DATA DO NASCIMENTO: 23-4-80

NOME DOS PAIS: Reginaldo Gonçalves de Azeite

Dorotildes Ferreira da Silva

ENDEREÇO: Rua Barrão de Mergaço n.º 2486

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE SAÚDE
PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÕES

**CODEMAT**COMPANHIA DE
DESENVOLVIMENTO DO
ESTADO DE MATO GROSSOTERMO DE RESPONSABILIDADE

(Concessão de Salário-Família - Port. nº MPAS - 3.040/82) Termo de Responsabilidade

EMPRESA: CodematNOME DO SEGURADO: Danielle Ferreira da SilvaCARTEIRA PROFIS./IDENTIDADE: Cart. hab. nº 95.505 - Série 5472 Rg. 130.022

BENEFICIÁRIOS	NOME DO FILHO	DATA DE NASCIMENTO
	<u>Danielle Ferreira da Silva</u>	<u>23/04/80</u>
	<u>Patrícia Ferreira de Azeiroz</u>	<u>11/07/82</u>
	<u>Renato Ferreira de Azeiroz</u>	<u>21/10/83</u>

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

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

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

Cuiabá, 01 de Junho de 1.985.

Danielle Ferreira da Silva
Servidor

		OBRIGATÓRIAS NO 1º ANO DE VIDA							
DOSES		VACINAS	ANTIPÓLIO	D.P.T.	B.C.G.	ANTI-SARAMPO	TOXÓIDE TETÂNICO		
1ª	DATA RUBRICA C.V. P.V.	16/08/82 04 MT. C.V.	16/08/82 04 MT. C.V.	18/8/82 04 MT. C.V.	16/08/82 04 MT. C.V.				
2ª	DATA RUBRICA C.V. P.V.	24/08/85 04 MT. 01	24/08/85 04 MT. 01						
	DATA RUBRICA C.V. P.V.								
REFORÇO	DATA RUBRICA C.V. P.V.								

CADERNETA VÁLIDA PARA TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

VALE COMO ATESTADO DE VACINAÇÃO
GUARDE-A COM CUIDADO
EXIGIDA PARA RENOVAÇÃO DO
SALÁRIO-FAMÍLIA (Lei nº 6.259, de 30.10.75)

A DEFESA DA SAÚDE DE UMA CRIANÇA
É RESPONSABILIDADE DOS PAIS
E DOS QUE A TÊM SOB SUA GUARDA

A VACINAÇÃO É UM IMPORTANTE
MEIO DE DEFESA. É OBRIGATÓRIA.
(Art. 29 do Programa Nac. de Imunizações)

CABE AOS SERVIÇOS DE SAÚDE
PROVER OS MEIOS E ESTAR
VIGILANTES



MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE SAÚDE
PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÕES

CADERNETA DE VACINAÇÕES

NOME: Patricia Ferreira de Queiroz
DATA DO NASCIMENTO: 11-7-82
NOMES DOS PAIS: Reginaldo G. Queiroz
Dorotildes Ferreira Silva
ENDEREÇO: Rua Irmã Elvira Pais

		OBRIGATÓRIAS NO 1º ANO DE VIDA							
DOSES	VACINAS	ANTIPÓLIO	D.P.T.	B.C.G.	ANTI-SARAMPO	TOXÓIDE TETÂNICO			
	DATA RUBRICA C.V. P.V.								
1ª	DATA RUBRICA C.V. P.V.	16/08/80 04 - MT. 01	16/08/80 04 - MT. 01	21/11/83 04 - MT. 01	16/08/85 04 - MT. 01				
2ª	DATA RUBRICA C.V. P.V.	24/08/85 04 - MT. 01	24/08/85 04 - MT. 01						
3ª	DATA RUBRICA C.V. P.V.								
REFORÇO	DATA RUBRICA C.V. P.V.								

CADERNETA VÁLIDA PARA TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

USE COMO ATESTADO DE VACINAÇÃO

PRECISE-A COM CUIDADO

PARA RENOVAÇÃO DO

CARTÃO-FAMÍLIA (Lei n.º 6259 de 30/10/1975)

A DEFESA DA SAÚDE DE UMA CRIANÇA
É RESPONSABILIDADE DOS PAIS
E DOS QUE A TÊM SOB SUA GUARDA

VACINAÇÃO É UM IMPORTANTE

MEIO DE DEFESA. É OBRIGATÓRIA.

(Art. 29 do Programa Nac. de Imunizações)

CABE AOS SERVIÇOS DE SAÚDE
PROVER OS MEIOS E ESTAR
VIGILANTE

CADERNETA DE VACINAÇÕES

NOME: Danielle Ferreira da Silva

DATA DO NASCIMENTO: 23-4-80

NOME DOS PAIS: Reginaldo Gonçalves B. Neto

Dorotildes Ferreira da Silva

ENDEREÇO: Rua Barrão de Melgaco n.º 2486

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE SAÚDE
PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÕES

		OBRIGATÓRIAS NO 1º ANO DE VIDA							
VACINAS		ANTIPÓLIO	D.P.T.	B.C.G.	ANTI-SARAMPO	TOXÓIDE TETÂNICO			
DOSES									
1ª	DATA RUBRICA C.V. P.V.	16/11/83 04 - MT. C. SAU	16/11/83 04 - MT. C. SAU	21/11/83 04 - MT. 01	16/08/85 04 - MT. C. SAU				
2ª	DATA RUBRICA C.V. P.V.	24/08/85 04 - MT. 01	24/08/85 04 - MT. 01						
3ª	DATA RUBRICA C.V. P.V.								
REFORÇO	DATA RUBRICA C.V. P.V.								

ADERNETA VÁLIDA PARA TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

VALE COMO ATESTADO DE VACINAÇÃO
GUARDE-A COM CUIDADO
EXIGIDA PARA RENOVAÇÃO DO
CADASTRO-FAMÍLIA (Lei nº 6.259, de 30.10.75)

A DEFESA DA SAÚDE DE UMA CRIANÇA
É RESPONSABILIDADE DOS PAIS
E DOS QUE A TÊM SOB SUA GUARDA

A VACINAÇÃO É UM IMPORTANTE
MEIO DE DEFESA. É OBRIGATÓRIA.
(Art. 29 do Programa Nac. de Imunizações)

CABE AOS SERVIÇOS DE SAÚDE
PROVER OS MEIOS E ESTAR
VIGILANTES



MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE SAÚDE
PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÕES

CADERNETA DE VACINAÇÕES

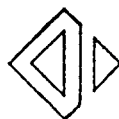
NOME: Renata Ferreira Lima

DATA DO NASCIMENTO: 21 - 10 - 83

NOMES DOS PAIS: Reginaldo Gonçalves Lima

Dorivaldo Ferreira da Silva

ENDEREÇO: 6884

**CODEMAT**COMPANHIA DE DESENVOLVIMENTO
DO ESTADO DE MATO GROSSOTERMO DE RESPONSABILIDADEConcessão de Salário Família - Port. = Termo de Responsabilidade
nº MPAS - 3.040/82

EMPRESA: CODEMAT

NOME DO SEGURADO: Domilde Ferreira da Silva

CARTEIRA PROFIS. OU IDENTIDADE:

BENEFICIÁRIOS

NOME DO FILHO	DATA DE NASCIMENTO
<u>Danielle Ferreira da Silva</u>	<u>23.04.80</u>
<u>Patrícia Ferreira de Queiroz</u>	<u>11.07.82</u>
<u>Renato Ferreira de Queiroz</u>	<u>21.10.83</u>

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

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

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

Cuiabá, 15 de julho de 1988.

Domilde Ferreira da Silva
Servidor(segurado)

		OBRIGATÓRIAS NO 1º ANO DE VIDA							
DOSES	VACINAS	ANTIPÓLIO	D.P.T.	B.C.G.	ANTI-SARAMPO	TOXÓIDE TETÂNICO			
	DATA RUBRICA C.V. P.V.								
1ª	DATA RUBRICA C.V. P.V.	16/09/80 04-10-80 C. Saúde	16/09/80 04-10-80 C. Saúde	21/11/83 04-11-83 01	16/08/85 04-08-85 C. Saúde				
2ª	DATA RUBRICA C.V. P.V.	14/08/85 04-11-85 01	24/08/85 04-11-85 01						
3ª	DATA RUBRICA C.V. P.V.								
REFORÇO	DATA RUBRICA C.V. P.V.								

REDUTORA VÁLIDA PARA TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

USE COMO ATESTADO DE VACINAÇÃO
CUIDE-SE COM CUIDADO
PARA RENOVAÇÃO DO
CARTÃO-FAMÍLIA (Lei n.º 6259 de 30/10/1975)

A DEFESA DA SAÚDE DE UMA CRIANÇA
É RESPONSABILIDADE DOS PAIS
E DOS QUE A TÊM SOB SUA GUARDA

A VACINAÇÃO É UM IMPORTANTE
MEIO DE DEFESA. É OBRIGATÓRIA.
(Art. 29 do Programa Nac. de Imunizações)

CABE AOS SERVIÇOS DE SAÚDE
PROVER OS MEIOS E ESTAR
VIGILANTE

CADERNETA DE VACINAÇÕES

NOME: Danielle Ferreira da Silva

DATA DO NASCIMENTO: 23-4-80

NOME DOS PAIS: Reginaldo Gonçalves B. Neto

Dorotildes Ferreira da Silva

ENDEREÇO: Rua Barrão de Melgaço n.º 248

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE SAÚDE
PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÕES

		OBRIGATORIAS NO 1º ANO DE VIDA						
DOSES	VACINAS	ANTIPOLIO	D.P.T.	B.C.G.	ANTI-SARAMPO	TOXÓIDE TETÂNICO		
	DATA RUBRICA C.V. P.V.							
1ª	16/08/82 04 MT. C.V. P.V.	16/08/82 04 MT. C.V. P.V.	16/08/82 04 MT. C.V. P.V.	16/08/82 04 MT. C.V. P.V.	16/08/82 04 MT. C.V. P.V.			
2ª	24/08/85 04 MT. C.V. P.V.	24/08/85 04 MT. C.V. P.V.						
3ª	DATA RUBRICA C.V. P.V.							
REFORÇO	DATA RUBRICA C.V. P.V.							

CADERNETA VÁLIDA PARA TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

VALE COMO ATESTADO DE VACINAÇÃO
GUARDE-A COM CUIDADO
EXIGIDA PARA RENOVAÇÃO DO
ALVARIO-FAMÍLIA (Lei nº 6.259, de 30.10.75)

A DEFESA DA SAÚDE DE UMA CRIANÇA
É RESPONSABILIDADE DOS PAIS
E DOS QUE A TÊM SOB SUA GUARDA

VACINAÇÃO É UM IMPORTANTE
MEIO DE DEFESA. É OBRIGATÓRIA.
Art. 29 do Programa Nac. de Imunizações)

CABE AOS SERVIÇOS DE SAÚDE
PROVER OS MEIOS E ESTAR
VIGILANTES



MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE SAÚDE
PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÕES

CADERNETA DE VACINAÇÕES

NOME: Patricia Ferreira de Queiroz

DATA DO NASCIMENTO: 11-7-82

NOMES DOS PAIS: Reginaldo G. Queiroz
Dorotildes Ferreira Silva

ENDEREÇO: Rua Irmã Elvira Paes

		OBRIGATÓRIAS NO 1º ANO DE VIDA							
VACINAS		ANTIPÓLIO	D.P.T.	B.C.G.	ANTI-SARAMPO	TOXÓIDE TETÂNICO			
DOSES									
1ª	DATA RUBRICA C.V. P.V.	16/11/83 04 - MT. 01	16/11/83 04 - MT. 01	21/11/83 04 - MT. 01	16/08/85 04 - MT. 01				
2ª	DATA RUBRICA C.V. P.V.	24/08/85 04 - MT. 01	24/08/85 04 - MT. 01						
3ª	DATA RUBRICA C.V. P.V.								
RCO	DATA RUBRICA C.V. P.V.								

ADERNETA VÁLIDA PARA TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

VALE COMO ATESTADO DE VACINAÇÃO
GUARDE-A COM CUIDADO
EXIGIDA PARA RENOVAÇÃO DO
SALÁRIO-FAMÍLIA (Lei nº 6.259, de 30.10.75)

A DEFESA DA SAÚDE DE UMA CRIANÇA
É RESPONSABILIDADE DOS PAIS
E DOS QUE A TÊM SOB SUA GUARDA

A VACINAÇÃO É UM IMPORTANTE
MEIO DE DEFESA. É OBRIGATÓRIA.
(Art. 29 do Programa Nac. de Imunizações)

CABE AOS SERVIÇOS DE SAÚDE
PROVER OS MEIOS E ESTAR
VIGILANTES



MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE SAÚDE
PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÕES

CADERNETA DE VACINAÇÕES

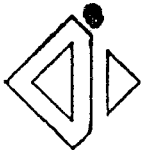
NOME: Renato Ferreira de Azevedo

DATA DO NASCIMENTO: 21 - 10 - 83

NOMES DOS PAIS: Reginaldo Gonçalves de Azevedo

Wesley Ferreira da Silva

ENDEREÇO: 6887

**CODEMAT**COMPANHIA DE DESENVOLVIMENTO
DO ESTADO DE MATO GROSSOTERMO DE RESPONSABILIDADEConcessão de Salário Família - Port. = Termo de Responsabilidade
nº MPAS - 3.040/82

EMPRESA: CODEMAT

NOME DO SEGURADO: *Denise Wilderauer S. D. Costa*

CARTEIRA PROFIS. OU IDENTIDADE:

BENEFICIÁRIO

NOME DO FILHO

DATA DE NASCIMENTO

*Fernando W. S. D. Costa**16.12.83*

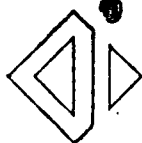
Pelo presente TERMO DE RESPONSABILIDADE, declaro estar ciente de que deverei comunicar de imediato a ocorrência dos seguintes fatos ou ocorrências que determinar a perda do direito ao salário-família:

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

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

*Cuiabá, 20 de janeiro de 1989**S. Wilderauer*

Servidor(segurado)

**CODEMAT**COMPANHIA DE DESENVOLVIMENTO
DO ESTADO DE MATO GROSSOTERMO DE RESPONSABILIDADEConcessão de Salário Família - Port. = Termo de Responsabilidade
nº MPAS - 3.040/82

EMPRESA: CODEMAT

NOME DO SEGURADO: DIRCE SALDANHA DE OLIVEIRA CAMPOS

CARTEIRA PROFIS. OU IDENTIDADE:

BENEFICIÁRIOS

NOME DO FILHO

DATA DE NASCIMENTO

Alexandre Raulino D. Campos06.05.77Adrian Magna D. Campos28.09.78

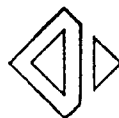
Pelo presente TERMO DE RESPONSABILIDADE, declaro estar ciente de que deverei comunicar de imediato a ocorrência dos seguintes fatos, ou ocorrências que determinar a perda do direito ao salário-família:

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

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

Cuiabá, 27/03/89

Servidor(segurado)

**CODEMAT**COMPANHIA DE DESENVOLVIMENTO
DO ESTADO DE MATO GROSSOTERMO DE RESPONSABILIDADEConcessão de Salário Família - Port. = Termo de Responsabilidade
nº MPAS - 3.040/82

EMPRESA: CODEMAT

NOME DO SEGURADO: Roscelina Cruz R. de Oliveira

CARTEIRA PROFIS. OU IDENTIDADE:

132.694

BENEFICIÁRIOS

NOME DO FILHO

DATA DE NASCIMENTO

Cleon Miranda de Oliveira11.09.88

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

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

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

Cuiabá, 15.07.88

Servidor(segurado)

FICHA DE SALÁRIO - MATERNIDADE

Nome da Empresa: Deontilde Ferreira da Silva CTPS Nº: 95505 Série: 5476
Registro de Empregados (Livro ou Ficha): _____ Data da Admissão: 01.10.79 Data da Saída: _____
Empresa: CODEMINT Matrícula INPS: _____ CGC: 23471530/0001-32

AFASTAMENTO E SALARIO		PAGAMENTOS			OBSERVAÇÕES	Visto Fiscal INPS
Nº de Semanas	Mês e Ano	Valor do Salário	Desconto INPS	Valor Líquido		
1						
	Período	10/83 12d				
	Atestado (INPS - Empresa - Convênio)	11/83 30d				
	Salário Mensal ou Média Últ. 6 Meses	12/83 31d				
	Alteração Salarial					
2	Nº de Semanas					
	Período					
	Atestado (INPS - Empresa - Convênio)					
	Salário Mensal ou Média Últ. 6 Meses					
	Alteração Salarial					
3	Nº de Semanas					
	Período					
	Atestado (INPS - Empresa - Convênio)					
	Salário Mensal ou Média Últ. 6 Meses					
	Alteração Salarial					



FOLHA DE PONTO

Desember

OBS