INSTITUTO NACIONAL DE PREVIDÊNCIA SOCIAL

SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA

ATESTO que a segurada Edwiges Nico[illegible] [illegible], portadora da Carteira Profissional nº 81134/392, Série 392, deverá afastar-se do trabalho por um período de 12 semanas, a partir de 13/06/84, de conformidade com o que dispõem o parágrafo 1º do Art. 392 da Consolidação das Leis do Trabalho e o Art. 3º do Decreto nº 75.207/75.

[illegible] Clu. 13 06 84

Hospital - PAM

Local - Data

Ass. do Médico - N.o CRM

Hilton Correa da Costa

Médico - CRM: 130

CIC 001746611/34

130

SAM — 64

ATESTADO MÉDICO PARA GESTANTE

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	PARA	DATA	Nº da CI
SETOR DE CONTABILIDADE	DIV. ADM. FINANCEIRA	22/06/84	047/84

ASSUNTO: Encaminhamento Faz:

Pela presente estamos encaminhando o Atestado Médico da Servidora Edviges Madalena Neves de Jesus, para as devidas providências.

Atenciosamente

LUCINA SANT'ANA DE OLIVEIRA
Chefe do Setor de Contabilidade

A' Div. Adm. Pessoal
Para os devidos fins
Em 25/06/84

Providenciado em: 27/06/84

CODEMAT

Noelita Leite Garcia de Souza
Chefe da Divisão de Adm. Financeira

ENVIADO POR:	DESTINADA A:	RECEBIDA
Lucina Sant'Ana de Oliveira	Noelita L.G. de Souza	EM

E-15

CODEMAT COMPANHIA DE DESENVOLVIMENTO DO ESTADO DE MATO GROSSO

NOME DO FUNCIONÁRIO : Edwirges Madalena Bispo Neves

FUNÇÃO : Geógrafa TS03 DATA DE ADMISSÃO: 01/07/80

LOTAÇÃO: 01.05.03.002

AFASTAMENTO: 03 (três) dias

PERÍODO: 21/06/88 a 23/06/88

RETORNO: 24/06/88

AFASTAMENTO: dias

PERÍODO: / / a / /

RETORNO: / /

AFASTAMENTO: dias

PERÍODO: / / a / /

RETORNO: / /

AFASTAMENTO: dias

PERÍODO: / / a / /

RETORNO: / /

AFASTAMENTO: dias

PERÍODO: / / a / /

RETORNO: / /

AFASTMENTO: dias

PERÍODO: / / a / /

RETORNO: / /

AFASTAMENTO: dias

PERÍODO: / / a / /

RETORNO: / /

AFASTMENTO: dias

PERÍODO: / / a / /

RETORNO: / /

FICHA DE SALÁRIO-MATERNIDADE

Nome da Empregada: Edwiges Madalena Neves de Jesus CTPS N.o: 01.134 Série: 392

Registro de Empregados (Livro ou Ficha): _____ Data da Admissão: _____ Data da Saída: _____

Empresa: CODEMAT Matrícula IAPAS: _____ CGC: _____

	AFASTAMENTO E SALÁRIO		PAGAMENTOS				OBSERVAÇÕES	Visto Fiscal IAPAS
			MÊS E ANO	VALOR DO SALÁRIO	DESCONTO IAPAS	VALOR LÍQUIDO		
1	N.o de Semanas	12	06/84 17	349.846,40	31.485,70	318.360,70		
	Período	03/06/84 a 05/09/84	07/84 31	995.085,00	94.533,00	900.552,00		
	Atestado (INAMPS-Empresa-Convênio)		08/84 31	995.085,00	94.533,00	900.552,00		
	Salário mensal ou média últ. 6 meses		09/84 05	165.847,50	15.755,50	150.092,00		
	Alteração Salarial							
2	N.o de Semanas							
	Período							
	Atestado (INAMPS-Empresa-Convênio)							
	Salário mensal ou média últ. 6 meses							
	Alteração Salarial							
3	N.o de Semanas							
	Período							
	Atestado (INAMPS-Empresa-Convênio)							
	Salário mensal ou média últ. 6 meses							
	Alteração Salarial							

CODEMAT COMPANHIA DE DESENVOLVIMENTO DO ESTADO DE MATO GROSSO

-15.05 (3) 0286

Ficha de Salário Família

EMPRESA CODEMAT Matricula no I.N.P.S.

ENDERÊÇO PALACIO PAIAGUAS CPA CUIABA MT

Nome do Empregado EDWIGES MADALENA NEVES DE JESUS N.º do I.N.P.S.

Data da Emissão na Empresa 01/07/80 Data da cessação da relação de emprego / /

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

N.º Ord.	NOME DO FILHO	Data Nascimento	Local Nascimento	Cartório	Nº Reg.	N.º Livro	Nº. Folha	Data Entrega da Certidão	Baixa	Visto da Fiscalização I.N.P.S.
01	LUDYNILIA NEVES DE JESUS	04.06.83	CUIABA/MT	3º OF.	66011	51-A	022	05/85	06/97	
02	FERNANDA DANIELLE N. JESUS	13.06.84	CUIABA/MT	3º OF.	77643	59-A	227	05/85	07/98	
03	EMMANOELLY NEVES DE JESUS	06.01.87	CUIABÁ/MT	3º OF.	103.622	82/A	70	05/85		

Valor de um Salário Familia em 1º de MAIO de 19 85 Cr$ 16.656,

Alterado em 1º de NOVEMBRO de 19 85 Cr$ 30.00

Alterado em 1º de MAIO de 19 86 Cr$ 40.00

OBSERVAÇÕES :

RECEBÍ OS DOCUMENTOS ACIMA - Data da Rescisão / / 19

(ass.)

Alterado em 1º de MARÇO de 19 87 Cr$ 60.40

Alterado em 1º de Janeiro de 19 88 Cr$ 153,00

Alterado em 1º de fevereiro de 19 88 Cr$ 180,00

VALOR TOTAL DOS SALÁRIOS A PAGAR

A partir de 1º de março de 19 88 Cr$ 212,40

A partir de 1º de abril de 19 88 Cr$ 246,60

A partir de 1º de maio de 19 88 Cr$ 295,90

A partir de 1º de junho de 19 88 Cr$ 345,20

A partir de 1º de julho de 19 88 Cr$ 418,80

A partir de 1º de agosto de 19 88 Cr$ 523,20

1º/set/88 — 635,10
1º/out/88 — 787,80
01-NOV-88 - 1.023,75
01/Dez/88 - 1.279,75
01/Jan/89 - 1.599,30
01/02/89 - NCz$ 1,83
01/03/89 - NCz$ 1,83
01/05/89 - NCz$ 2.34
01/07/89 - NCz$ 7,49
01.08.89 - NCz$ 9,64
01.09.89 - NCz$ 12,47
01.10.89 - NCz$ 19,07
01.11.89 - NCz$ 27,87
01.12.89 - " 35,94
01.01.90 - " 64,20
01.02.90 — 100,22
01.03.90 — 183,71
06.90 — 192,99
08.90 — 312,53 + # — 07.90
09.90 — 302,91
10/90 - 321,26
11/90 - 416,48
12/90 - 441,84
01/91 616,28
02/91 794,77
03/
04/91 850,00
05/
06/91 1.159,00
07/
08/91 1.800,
09/91 - 2.400,
10/11/12/91 - 420,00

01.01.92 - Cr$ 923,26
01.05.92 - Cr$ 2.126,84
01.09.92 - Cr$ 4.780,86
01.01.93 - Cr$ 11.532,05
01.03.93 - Cr$ 15.760,83
01.05.93 - Cr$ 30.254,71
01-07-93 Cr$ 42,439,28
01-08-93 CR$ 50,60
01-09-93 CR$ 86,40
01-10-93 CR$ 108,15
01-11-93 CR$ 135,10
01-12-93 - CR$ 168,72
01-01-94 CR$ 295,74
01-02-94 CR$ 385,19
01-03-94 CR$ 0,58

Revalidação Termo de Resp.
1º sem./88 OK
2º sem./88 OK

CODEMAT COMPANHIA DE DESENVOLVIMENTO DO ESTADO DE MATO GROSSO

TERMO DE RESPONSABILIDADE

03

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

PRESA: CODEMAT

ME DO SEGURADO: EDWIRGES MADALENA B. de JESUS

RTEIRA PROFIS./IDENTIDADE:

BENEFICIÁRIOS	NOME DO FILHO	DATA DE NASCIMENTO
	LUDMYLLA NEVES DE JESUS	04.06.83
	FERNANDA DANIELLE NEVES DE JESUS	13.06.84
	EMANUELY NEVES DE JESUS	06.01.87

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 recisão do Contrato de Trabalho, por justa causa, nos termos do art. 482 da Consolidação das Leis do Trabalho.

Cuiabá, 15 de março de 1988.

Edwirges Madalena Neves de Jesus
Servidor

CADERNETA VALIDA PARA TODO O TERRITORIO NACIONAL

221 49 06

VALE COMO ATESTADO DE VACINAÇÃO
GUARDE-A COM CUIDADO
EXIGIDA PARA RENOVAÇÃO DO
SALÁRIO-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: Ludmylla Neves Jesus

DATA DO NASCIMENTO: 4-6-83

NOME DOS PAIS: Geniualdo B. Jesus e Edwirges M. N. Jesus

ENDEREÇO: Rua E - 17 S. Centro Sul "morada do Ouro"

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE SAÚDE
PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÕES

ESQUEMA BÁSICO DE VACINAÇÃO NO PRIMEIRO ANO DE VIDA

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

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

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

IMPRENSA OFICIAL DO ESTADO

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE SAÚDE
PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÕES

CADERNETA DE VACINAÇÕES

NOME: Fernanda Danielle N. de Jesus
DATA DO NASCIMENTO: 13/6/84
NOME DOS PAIS: Geraldo B. de Jesus e Edvirges N. B. Neves
ENDEREÇO: Morada do Ouro Rua E-17 S. Centro Sul

		VACINAS OBRIGATÓRIAS NO 1.º ANO DE VIDA							
DOSES	VACINAS	ANTIPÓLIO	D.P.T.	B.C.G.	ANTI — VARÍOLICA	ANTI — SARAMPO	TOXÓIDE TETÂNICO	DUPLA	OUTRAS
1.ª	DATA RUBRICA C.V. P.V.	18/8/83 campi 04 — DT 1.11 — INAMPS	17/8/83 Nzeile 04 — DT 1.11 — INAMPS	25/7/83 04 — DT 1.11 — INAMPS		12/3/84 Nzeile 04 — DT 1.11 — INAMPS	7 [illegible]		
2.ª	DATA RUBRICA C.V. P.V.	16/10/83 Eliz 04 — DT 1.11 — INAMPS	16/10/83 Eliz 04 — DT 1.11 — INAMPS				4/6		
3.ª	DATA RUBRICA C.V. P.V.	27/12/83 Eliz 04 — DT 1.11 — INAMPS	27/12/83 Eliz 04 — DT 1.11 — INAMPS						
REFORÇO	DATA RUBRICA C.V. P.V.	27/12/84 Eliz 04 — DT 1.11 — INAMPS	27/12/84 Eliz 04 — DT 1.11 — INAMPS						

		ESQUEMA BÁSICO NO 1º ANO DE VIDA				OUTRAS VACINAS			
DOSES	VACINAS	ANTIPÓLIO	TRÍPLICE (DPT)	ANTI-SARAMPO	B.C.G				
1ª	DATA LOCAL RUBRICA	11/8/84 campo 04 - [illegible] 1.11 — [illegible]	11/8/84 campo 04 - [illegible] 1.11 — [illegible]	20/3/85 Elza 04 - [illegible] 1.11 — [illegible]	10/7/84 Mzeite 04 - MT 1.11 — IHAMPS				
2ª	DATA LOCAL RUBRICA	30/10/84 Mzeite 04 - [illegible] 1.11 — IHAMP	30/10/84 Mzeite 04 - [illegible] 1.11 — IHAMPS						
3ª	DATA LOCAL RUBRICA	11/1/85 Elza 04 - [illegible] 1.11 — [illegible]	11/1/85 Elza 04 - [illegible] 1.11 — [illegible]						
REFORÇO	DATA LOCAL RUBRICA								

INAN-Ministério da Saúde

Cartão da Criança

UNIDADE SANITÁRIA PAM 510-492

NOME Emanuely Neves de Jesus.

Nº MATRÍCULA | DATA DA MATRÍCULA 17/02/87 | DATA NASCIMENTO 06/01/87

NOME DA MÃE Edvirges Madalena N. de Jesus

NOME DO PAI Genialdo Benedito de Jesus.

ENDEREÇO Bairro Marcola do Alumo.

LOCAL DE REFERÊNCIA

AGENDAMENTO

DATA	ATENDIMENTO	DATA	ATENDIMENTO

	VACINAS OBRIGATÓRIAS NO 1º ANO DE VIDA			OUTRAS VACINAS			
	ANTIPÓLIO	DPT (TRÍPLICE)	BCG	ANTISARAMPO	TOX. TETÂNICA		
1ª DOSE DATA RUBRICA C.V. P.V.	17 03 87 INAMPS	17/02/87 INAMPS	17/02/87 INAMPS	SESC 06.10.87			
2ª DOSE DATA RUBRICA C.V. P.V.	21/04/87 INAMPS	21/04/87 INAMPS					
3ª DOSE DATA RUBRICA C.V. P.V.	15/8/87	15/8/87					
REFORÇO DATA RUBRICA C.V. P.V.		15/8/88					

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

Não tem ficha arquivo

CODEMAT COMPANHIA DE DESENVOLVIMENTO DO ESTADO DE MATO GROSSO

TERMO DE RESPONSABILIDADE

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

EMPRESA: CODEMAT

NOME DO SEGURADO: Eduliges Madalena Neves de Jesus

CARTEIRA PROFIS. OU IDENTIDADE:

BENEFICIÁRIOS	NOME DO FILHO	DATA DE NASCIMENTO
	Ludmylla Neves de Jesus	04-06-83
	Fernanda Danielle Neves de Jesus	13-06-84
	Emmanolly Neves de Jesus	06-01-87

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 separaçaão, abandono de filho ou perda de pátrio-poder);

Estou ciente ainda, de que a falta de cumprimento do compromisso ora assumido, além de obrigar à devolução das 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, 18-07-88

E M Jesus

Servidor(segurado)

ESQUEMA BÁSICO DE VACINAÇÃO
NO PRIMEIRO ANO DE VIDA

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

IMPRENSA OFICIAL DO ESTADO

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

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

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE SAÚDE
PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÕES

CADERNETA DE VACINAÇÕES

NOME: Fernanda Danielle N. de Jesus
DATA DO NASCIMENTO: 13/6/84
NOME DOS PAIS: Geraldo B. de Jesus e Edwirges M. B. Neves
ENDEREÇO: Morada do Ouro Rua E-17 S. Centro Sul

CADERNETA VÁLIDA PARA TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

VALE COMO ATESTADO DE VACINAÇÃO
GUARDE-A COM CUIDADO
EXIGIDA PARA RENOVAÇÃO DO
SALÁRIO-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: Laudmytha Neves Jesus
DATA DO NASCIMENTO: 4-6-83
NOME DOS PAIS: Geraldo B. Jesus e Edwirges M. N. Jesus
ENDEREÇO: Rua E-17 S. Centro Sul "Morada do Ouro"

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE SAÚDE
PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÕES

		ESQUEMA BÁSICO NO 1º ANO DE VIDA				OUTRAS VACINAS			
DOSES	VACINAS	ANTIPÓLIO	TRÍPLICE (DPT)	ANTI–SARAMPO	B.C.G				
1ª	DATA LOCAL RUBRICA	11 8 84 campo	11/8/84 campo	20/3/85 10/7/84 Elza Mzeile					
2ª	DATA LOCAL RUBRICA	30/10/84 Mzeile	30/10/84 Mzeile						
3ª	DATA LOCAL RUBRICA	11/1/85 Elza	11/1/85 Elza						
REFORÇO	DATA LOCAL RUBRICA								

		VACINAS OBRIGATÓRIAS NO 1.º ANO DE VIDA							
DOSES	VACINAS	ANTIPÓLIO	D.P.T.	B.C.G.	ANTI–VARIÓLICA	ANTI–SARAMPO	TOXÓIDE TETÂNICO	DUPLA	OUTRAS
1.ª	DATA RUBRICA C.V. P.V.	13 8 85 campo	17/8/83 Mzeile	25 7 83		12/3/84 Mzeile			
2.ª	DATA RUBRICA C.V. P.V.	16/10/83 Elza	16/10/83 Elza						
3.ª	DATA RUBRICA C.V. P.V.	27/12/83 Elza	27/12/83 Elza						
REFORÇO	DATA RUBRICA C.V. P.V.	27/12/84 Elza	27/12/84 Elza						

INAN-Ministério da Saúde

Cartão da Criança

UNIDADE SANITÁRIA PAM 510-433

NOME Emanuely Neves de Jesus.

Nº MATRÍCULA | DATA DA MATRÍCULA 17/02/87 | DATA NASCIMENTO 06/01/87

NOME DA MÃE Edvirge, Madalena N. de Jesus

NOME DO PAI Geraldo Benedito de Jesus.

ENDEREÇO Bairro Morada do Ouro.

LOCAL DE REFERÊNCIA

AGENDAMENTO

DATA	ATENDIMENTO	DATA	ATENDIMENTO

	VACINAS OBRIGATÓRIAS NO 1º ANO DE VIDA				OUTRAS VACINAS			
	ANTIPÓLIO	DPT (TRIPLICE)	BCG	ANTISARAMPO	TOX. TETÂNICA			
1ª DOSE DATA RUBRICA C.V. P.V.	12/03/87 INAMPS	12/03/87 INAMPS	17/02/87 INAMPS	SESC 26-10-87				
2ª DOSE DATA RUBRICA C.V. P.V.	21/04/87 INAMPS	21/04/87	21/04/87					
3ª DOSE DATA RUBRICA C.V. P.V.	15/8/87	15/8/87	15/8/87					
REFORÇO DATA RUBRICA C.V. P.V.			16/8/93					

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

CODEMAT COMPANHIA DE DESENVOLVIMENTO DO ESTADO DE MATO GROSSO

TERMO DE RESPONSABILIDADE

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

EMPRESA: C O D E M A T

NOME DO SEGURADO: EDWIGES MADALENA NEVES DE JESUS

CARTEIRA PROFIS./IDENTIDADE: 073 250

BENEFICIÁRIOS	NOME DO FILHO	DATA DE NASCIMENTO
	LUDMYLLA NEVES DE JESUS	04.06.83
	FERNANDA DANIELLE NEVES DE JESUS	13.06.84

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 recisão do Contrato de Trabalho, por justa causa, nos termos do art. 482 da Consolidação das Leis do Trabalho.

Cuiabá, 13 de janeiro de 1.986.

Edwiges Jesus

Servidor

CODEMAT COMPANHIA DE DESENVOLVIMENTO DO ESTADO DE MATO GROSSO

TERMO DE RESPONSABILIDADE

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

EMPRESA: CODEMAT

NOME DO SEGURADO: Eduliges Madalena Neves de Jesus

CARTEIRA PROFIS./IDENTIDADE: 073-250

BENEFICIÁRIOS	NOME DO FILHO	DATA DE NASCIMENTO
	Ludmylla Neves de Jesus	04-06-83
	Fernanda Danielle Neves de Jesus	13-06-84

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 recisão do Contrato de Trabalho, por justa causa, nos termos do art. 482 da Consolidação das Leis do Trabalho.

Cuiabá, 01 de Junho de 1.985.

EM Jesus

Servidor

CADERNETA VÁLIDA PARA TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

31.49°06

VALE COMO ATESTADO DE VACINAÇÃO
GUARDE-A COM CUIDADO
EXIGIDA PARA RENOVAÇÃO DO
SALÁRIO-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: Leudmytha Neves Jesus

DATA DO NASCIMENTO: 4-6-83

NOME DOS PAIS: Geriualdo B. Jesus e Edwirges M. N. Jesus

ENDEREÇO: Rua E - 175 Centro Sul "morada do Ouro"

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE SAÚDE
PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÕES

		VACINAS OBRIGATÓRIAS NO 1.º ANO DE VIDA							
DOSES	VACINAS	ANTIPÓLIO	D.P.T.	B.C.G.	ANTI — VARIÓLICA	ANTI — SARAMPO	TOXÓIDE TETÂNICO	DUPLA	OUTRAS
1.ª	DATA RUBRICA C.V. P.V.	13/8/83 camp: 04 - MT 1.11 — INAMPS	17/8/83 Mbeile 04 - MT 1.11 — INAMPS	25/7/83 04 - MT 1.11 — INAMPS		12/3/84 Mbeile 04 - MT. 1.11 — INAMPS	7 anos		
2.ª	DATA RUBRICA C.V. P.V.	16/10/83 Eliz 04 - MT. 1.11 — INAMPS	16/10/83 Eliz 04 - MT. 1.11 — INAMPS				4.L		
3.ª	DATA RUBRICA C.V. P.V.	27/12/83 Eliz 04 - MT. 1.11 — INAMPS	27/12/83 Eliz 04 - MT. 1.11 — INAMPS						
REFORÇO	DATA RUBRICA C.V. P.V.	9/12/84 Eliz 04 - MT 1.11 — INAMPS	9/12/84 Eliz 04 - MT 1.11 — INAMPS						

ESQUEMA BÁSICO DE VACINAÇÃO NO PRIMEIRO ANO DE VIDA

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

IMPRENSA OFICIAL DO ESTADO

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

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

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

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE SAÚDE
PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÕES

CADERNETA DE VACINAÇÕES

NOME: Fernanda Danielle N. de Jesus

DATA DO NASCIMENTO: 13/6/84

NOME DOS PAIS: Genildo B. de Jesus e Edvirges M. B. Neves

ENDEREÇO: Morada do Ouro Rua E 17 S. Centro Sul

		ESQUEMA BÁSICO NO 1º ANO DE VIDA				OUTRAS VACINAS			
DOSES	VACINAS	ANTIPÓLIO	TRÍPLICE (DPT)	ANTI-SARAMPO	B.C.G				
1ª	DATA LOCAL RUBRICA	11/8/84 campo 04 – M 1.11 — INAMP	11/8/84 campo 04 – M 1.11 — INAMP	20/3/85 Eliz 04 – M 1.11 — INAMPS	10/7/84 Marile 04 – MT 1.11 — INAMPS				
2ª	DATA LOCAL RUBRICA	30/10/84 Marile 04 – M 1.11 — INAMP	30/10/84 Marile 04 – M 1.11 — INAMPS						
3ª	DATA LOCAL RUBRICA	4/1/85 Eliz 04 – M 1.11 — INAMPS	4/1/85 Eliz 04 – M 1.11 — INAMPS						
REFORÇO	DATA LOCAL RUBRICA	1/7/86							