

HOSPITAL DE CARIDADE N. S. AUXILIADORA

C.G.C. Insc. N.º 02 873 593/1

Insc. Est. 056 443

Av. Rosário Congro, 1533 - Fone 111 - Três Lagoas - Mato Grosso

Nome

Dionário Antônio da
Luz

Região Federal
diag. Cerebral
na as tinas

D. O. B. 1983

27/1/83

CARTÓPIO 1.º OFÍCIO	JOSE AMIN 1.º TABELA PEDRO VIEIRA NETTO SUBSTITUTO TRÊS LAGOAS - MT.	Reconheço verdadeira(s) a(s) firmas <u>supra</u> <u>de Dr. Orestes da</u> <u>Tibery</u>		Dou Fé.
		Três Lagoas (MT), <u>11</u> de <u>01</u> de 19 <u>83</u> .	Em Test.º <u>[assinatura]</u> da verdade.	
Volante à consulta, quatro traços. <u>[assinatura]</u>				

SECRETARIA DE SAÚDE
FUNDAÇÃO DE SAÚDE DE MATO GROSSO

Atestado de Vacinação Antivariólica

Nome Diomário Antônio Salustiano da Silva
de 27 anos de idade, de cor Branca natural
de Paranaíba, residente à rua Av. Orlindo Mancine
Nº 6301 cidade Três Lagoas município
foi vacinado no dia 19 de Januário de 19 73

Dr. _____

Médico

UNIDADE SANITÁRIA
TRÊS LAGOAS - M. T.

Dr. _____

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
SERVIÇO DE IDENTIFICAÇÃO

CEDULA DE IDENTIDADE

NOME: DIOMÁRIO ANTONIO SALUS-
TIANO DA SILVA

FILIAÇÃO: Osvaldo S. de Carvalho
e Gabriela Itelvina da Silva

NASCID: 0 AOS 27 outubro 1945
EM: Paranaíba-Mato Grosso

COR DA PELLE: branca OLHOS: castos.

OBS: P. I. - Jahoticebaí

São Paulo (Brasil) 7 de outubro de 1968

SECRETARIA DO SERVIÇO DE IDENTIFICAÇÃO

TABELIONATO 481 121 007
C. LINEAS AEREAS 902-1210 C. 3 2000

1950-1951

Três Lagoas(MT), 10 de 01 de 1973.

Em Test.º 9/10/02 da verdade

1951. Maria Lima de Jesus.

TABEL I A C

TREES LAGOAS MT

PELLO VET. J. VETRO
SOCIETÀ

Cyrtopogon

~~EXHIBIT 101, OFFICE~~

ESTADOS UNIDOS DO BRASIL

SECRETARIA DA SEGURANCA PUBLICA



RG

4.703.192

F. D. E-1333
I-3222

88

Wassilgo

ASSINATURA DO DETENIDO

ESTADO DE SÃO PAULO

SECRETARIA DA SEGURANCA

10 01 73
~~10~~
Haua Lima de Jesus.

OFICIO DO 1º OFICIAL
JOSE AMARAL
DE LIMA
PUB. VIT. A. BERTO
LACGOAS MT.



CODEMAT

REGISTRO DE EMPREGADO

N.º de Ordem 487Nome do Empregado: Daniel AciariResidência: Projeto Juina

Telefone: _____



Cor Branca
Cabelo Cast. Cls. Lis.
Barba -
Bigode sim
Olhos Cast. Cls
Altura _____
Peso _____

Idade 31 anos. Data do nascimento 30/01/49 lugar do nascimento Itapólis - SPEstado Civil Casado Nacionalidade Bras.Filiação { Pai Primo Aciari Nacionalid. Bras.
Mãe Felicidade do Carmo Nacionalid. Bras.Beneficiários: Antonia Aciari (Esposa) e filhosN.º da Cart. Prof. 35.642 Série 547

» » » de Saúde _____

» » » do Inst. Aposentadoria _____

SITUAÇÃO
MILITAR

Cad. N.º _____ Série _____

Categoria _____

Certificado _____

QUANDO
Motorista

Cart. Nac. de Habil. N.º _____

CARTEIRA DE TRABALHO
DE MENOR

N.º _____

Série _____

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

QUANDO ESTRANGEIRO

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

Casado com brasileira? _____

Nome do conjugue: _____

Tem filhos brasileiros? _____ Quantos? _____

Data da chegada ao Brasil _____

Naturalizado? _____ Decreto N.º _____

Data da Admissão ao Serviço 12 de Fevereiro de 1.980 Cargo que ocupa T. BragalRemuneração R\$ 4.997,00 + 40% sobre o salário Mínimo Regional, referente insalubridade.Forma de Pagamento MensalHorário de Trabalho: das 07:00 às 17:00 com intervalo de 02 hs. para refeição e descansoData e assinatura do empregado na ocasião da admissão 12 de Fevereiro de 19 80Data da Dispensa 23 de Junho de 1980

Recebi os seguintes documentos que me pertencem

Junho 24 de Junho de 1980
Daniel Aciari

Polegar Direito

[illegible][illegible][illegible][illegible]

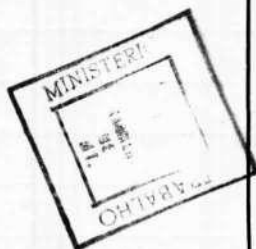
«TÉRMO DE ENCERRAMENTO»
Solicitação de emissão a partir do dia
29 de junho de 1989.

Valdir Brum
Ag. Adm.



CODEMAT

REGISTRO DE EMPREGADO

N.º de Ordem 596Nome do Empregado: Daniel AciariResidência: Projeto Juina Telefone: _____

Cor Branca
Cabelo Cast. C. L.
Barba -.-
Bigode sim
Olhos Cast. Clar.
Altura _____
Peso _____

Idade 31 anos. Data do nascimento 30/ 01/ 49 lugar
do nascimento Itapetininga - SPEstado Civil Casado Nacionalidade Bras.Filiação { Pai Primeiro Aciari Nacionalid. Bras.
Mãe Felicidade do Carmo Nacionalid. Bras.Beneficiários: Antonia Frattucci Aciari (Esposa) e 1FilhosN.º da Cart. Prof. 35.642 Série 547*

» » » de Saúde _____

» » » do Inst. Aposentadoria _____

SITUAÇÃO
MILITAR

Cad. N.º _____ Série _____

Categoria _____

Certificado _____

QUANDO
Motorista

Cart. Nac. de Habil. N.º _____

CARTEIRA DE TRABALHO
DE MENOR

N.º _____

Série _____

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

QUANDO ESTRANGEIRO

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

Casado com brasileira? _____

Nome do conjugue: _____

Tem filhos brasileiros? _____ Quantos? _____

Data da chegada ao Brasil _____

Naturalizado? _____ Decreto N.º _____

Data da Admissão ao Serviço 25 de Setembro de 1.980 Cargo que ocupa T. BraçalRemuneração 7.020,00 + 40% sobre o salário Mínimo Regional, referente InsalubridadeForma de Pagamento Mensal.Horário de Trabalho: das 07:00 às 17:00 com intervalo de 02 hs. para refeição e descansoData e assinatura do empregado na ocasião da admissão 25 de Setembro de 19 80Data da Dispensa 13 de Novembro de 1981

Recebi os seguintes documentos que me pertencem _____

Juina 13 de Novembro de 1981
+ Daniel Aciari

Polegar Direito

IMPOSTO SINDICAL			
Ano	SINDICATO	Importancia	
80	Gov. Fed. C. E. Sel	166,57	
81	" " " "	344,67	

Acidentes ou Doenças Profissionais

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ALTERAÇÃO DE CARGO OU DE ORDENADO

Data	Cargo	Alterações de Ordenadcs	Hora
			Mes Dia
		em 01-01-81 Cr\$ 10.340,00 por	mês
		em 01-07-81 Cr\$ 15.194,00 por	mês
		em - - - Cr\$ - - - por	
		em - - - Cr\$ - - - por	
		em - - - Cr\$ - - - por	
		em - - - Cr\$ - - - por	
		em - - - Cr\$ - - - por	
		em - - - Cr\$ - - - por	
		em - - - Cr\$ - - - por	

FÉRIAS GOZADAS

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

«TÉRMO DE ENCERRAMENTO»

Deixado sem justa causa em 13

de Novembro de 1981

.....

.....

.....

.....

.....

.....

C O D E M A T

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO



Matrícula Nº 596

Nome: Daniel Aciari

Nível '1'

Classe

Cargo T. B.

Cart. Profissional Nº 35.642 / 547

Naturalidade - Filiação - Data do Nascimento

Estado <u>São Paulo</u>	Cidade <u>Itápolis</u>	Naturalizado?	Estado Civil <u>Casado</u>
Pai <u>Primo Aciari</u>	Mãe <u>Felicidade do Carmo</u>	Nascido em <u>30.01.49</u>	C.I.C. <u>174.918.199 - 15</u>

Elementos de Identificação

PASEP
12010221852

Carteira de Identidade	Caderneta Militar	Carteira Eleitoral	Endereço	Nº	Local	Município
Nº <u>228.510</u>	Nº <u>258554</u>	Nº	<u>Projeto Juina</u>			<u>Aripuanã - MT</u>
Série:	Série <u>E</u>	Zona:				
Seção:	Categoria: <u>CDI</u>	Seção:				
De <u>Guibá - MT</u>	De: <u>Curitiba - PR</u>	De				

Dependentes: Antonia Fratucci Aciari (Esposa), Claudinei Aciari (Filho).

C O D E M A T

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO

Matrícula Nº 487

Nome: Daniel Aciari

Nível '1'

Classe

Cargo T. Braçal

Cart. Profissional Nº 35.642 / 547*



Naturalidade - Filiação - Data do Nascimento

Estado <u>São Paulo</u>	Cidade <u>Itapópolis</u>	Naturalizado?	Estado Civil <u>Casado</u>
Pai <u>Primo Aciari</u>	Mãe <u>Felicidade do Carmo</u>	Nascido em <u>30.01.49</u>	C. I. C.

Elementos de Identificação

PASEP

Carteira de Identidade	Caderneta Militar	Carteira Eleitoral	Endereço	Nº	Local	Município
Nº <u>228.510</u>	Nº <u>258554</u>	Nº	<u>Projeto Juina</u>			<u>Aripuanã - MT</u>
Série:	Série <u>E</u>	Zona:				
Seção:	Categoria: <u>CDI</u>	Seção:				
De <u>Goiabá MT</u>	De: <u>Curitiba PR</u>	De				

Dependentes:



CIA
**BOAVISTA-CIA. DE SEGS.
DE VIDA E ACIDENTES**

C.G.C.(M.F.)
33.498.411

APÓLICE Nº

0000159

CERTIFICADO Nº

1.430

DATA DO INÍCIO

01.04.80

ESTIPULANTE
CIA DE DESENVOLVIMENTO DO ESTADO DE MATO GROSSO

Ilmo. Sr.

DANIEL ACTARI

Temos o prazer de informar-lhe que, de acordo com sua autorização, V.S.^a esta incluído no seguro coletivo de Acidentes Pessoais da Apólice, cujas características vão acima especificadas, emitida por solicitação do Estipulante supra, com as seguintes garantias.

MORTE	INVALIDEZ	A. M. D. S.	D. H.	D. I. T.
Cr\$	Cr\$	Até Cr\$	ATÉ 180 de Cr\$	Até 300 de Cr\$
300.000,00	**300.000,00	***0,00	*****0,00	**0,00

O valor da garantia para o caso de Morte será pago ao(s) beneficiário(s) declarado(s) no cartão proposta em nosso poder, ou a quaisquer outros instituídos posteriormente, desde que a apólice esteja em vigor e V.S.^a incluído no seguro por ocasião do seu falecimento.

Este seguro começa a vigorar na data acima mencionada, e se rege pelas condições da apólice em poder do Estipulante.

Aracy Pereira da Silva



ATLÂNTICA - CIA NACIONAL DE SEGUROS

APÓLICE(S) N°(S)

728

COMPROVANTE

1.193

VALOR DO SEGURO

Cr\$

100.000

DATA DO INÍCIO

01/04/80

CIA DE DESENV DO E DO M GROSSO

ESTIPULANTE

DANIEL ACIARI

ILMO. SR

TEMOS O PRAZER DE INFORMAR-LHE QUE DE ACORDO C/ SUA AUTORIZAÇÃO, V. SA. ESTÁ INCLUIDO NO SEGURO DE VIDA EM GRUPO DA(S) APÓLICE(S) CUJAS CARACTERÍSTICAS VÃO ACIMA ESPECIFICADAS, EMITIDAS POR SOLICITAÇÃO DO ESTIPULANTE SUPRA, PELO VALOR SEGURADO INSERTO NO PRESENTE COMPROVANTE.

A IMPORTÂNCIA DO SEGURO SERÁ PAGA AOS BENEFICIÁRIOS..

**DECLARADOS PELO SEGURADO,
NO CARTÃO PROPOSTA DO SEGURO EM PODER DA CIA., OU NO FORMULÁRIO DE ALTERAÇÃO DO BENEFICIÁRIO.**

ESTE SEGURO COMEÇA A VIGORAR NA DATA ACIMA MENCIONADA, E SE REGE PELAS CONDIÇÕES DA(S) APÓLICE(S) EM PODER DO ESTIPULANTE, NÃO PODENDO SER TRANSFERIDO, CEDIDO OU ONERADO DE ACORDO C/O QUE ESTABELECE A RESPECTIVA CLÁUSULA

ESTE COMPROVANTE SUBSTITUI E TORNA SEM EFEITO QUAISQUER OUTROS DE IGUAL N° E RELATIVOS À(S) MESMA(S) APÓLICE(S) EMITIDOS ANTERIORMENTE

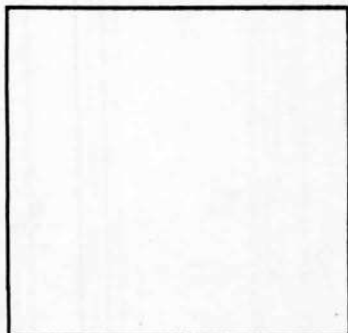
Assaya Pereira da Silva

Declaração de Opção para Fundo de Garantia do Tempo de Serviço

(Lei n.º 5.107 de 13 de setembro de 1966)

Eu, Daniel Aciari
portador da Carteira Profissional N.º 35.642 - Série 547, empregado da empresa
CODEMAT - COMPANHIA DE DESENVOLVIMENTO DO ESTADO DE MATO GROSSO
situa Projeto Juina - Município de Aripuana
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.

Impressão dactiloscópica quando
se tratar de analfabeto:



Juina MT, 12 de Fevereiro de 1.980

Local e data

Daniel Aciari
(Assinatura)

TESTEMUNHAS

1.º) _____

2.º) _____

Assistente responsável legal pelo menor, quando couber

(Escrever na cópia)

RECEBEMOS O ORIGINAL

(Data)

Assinatura

- NOTAS:**
- 1 — O empregado assina as duas vias da carta de opção;
 - 2 — Entrega no ato a Carteira Profissional para a anotação, conforme modelo abaixo;
 - 3 — Recebe a cópia com o recibo firmado pela empresa, datada;
 - 4 — Deve ser feita a competente anotação também na ficha de registro ou livro de registro;
 - 5 — A empresa também anota na Carteira Profissional do Empregado o nome e o endereço da agência bancária onde são feitos os depósitos.

ANOTAÇÕES A SEREM FEITAS NA CARTEIRA PROFISSIONAL DO EMPREGADO.
A DE N.º 1 É FEITA TAMBÉM NA FICHA DE REGISTRO:

1 — Em 12 de Fevereiro de 1.980 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)

2 — 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 Bamerindus do Brasil S/A - Ag. de Vilhena
localizada à Rua Maj. Amarante s/nº

(carimbo e assinatura)

FICHA DE SALÁRIO FAMÍLIA

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

ENDEREÇO **PROJETO JUINA - MUNICÍPIO DE ARIQUANÁ - MATO GROSSO**

Nome do Empregado **DANIEL ACIARI** N.º do I.N.P.S. _____

Data de admissão na empresa **12 / 02 / 80** Data da cessação da relação de emprego **23 / 06 / 80**

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

N.º Ordem	NOME DO FILHO	Data Nascimento	Local Nascimento	Cartório	N.º Registro	N.º Livro	N.º Fôlha	Data Entrega da Certidão	Baixa	Visto da fiscalização I.N.P.S.
01	Claudinei Aciari	28.05.77	T. da Serra MT	B. Bugres	1.744	09	222V	01.03.80		

Valor de um Salário Família em **01** de **Março** de 19 **80** Cr\$ **118,20**

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

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

OBSERVAÇÕES : _____

RECEBI OS DOCUMENTOS ACIMA — Data da rescisão **23 / 06 / 19 80**

(Ass)

Daniel Aciari

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

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

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

VALOR TOTAL DOS SALÁRIOS A PAGAR:

A partir de **01** de **Março** de 19 **80** Cr\$ **118,20**

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

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

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

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

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

CODEMAT

FICHA FINANCEIRA

[illegible]

46

FICHA FINANCEIRA

[illegible]

FICHA DE SALÁRIO FAMÍLIA

EMPRESA CODEMAT - COMPANHIA DE DESENVOLVIMENTO DO ESTADO DE MATO GROSSO

Matricula no I. N. P. S. _____

ENDEREÇO PROJETO JUINA - MUNICÍPIO DE ARIQUANÁ - MATO GROSSO

Nome do Empregado DANIEL ACIARI

Nº do I. N. P. S. _____

Data da emissão na empresa 25 / 09 / 80

Data da cessação da relação de emprego 13 / 11 / 81

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

N.º Ordem	NOME DO FILHO	Data Nascimento	Local Nascimento	Cartório	N. Registro	N. Livro	N. Fólia	Data Entrega da Certidão	Baixa	Visto da fiscalização I. N. P. S.
01	Claudinei Aciari	28.05.77	T. Serra MT	N. Olimpia B. Bugres	1.744	09	222	01.10.80		

Valor de um Salário Família em 01 de Outubro de 19 80 Cr\$ 172,00

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

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

OBSERVAÇÕES: _____

RECEBI OS DOCUMENTOS ACIMA - Data da Rescisão 13 / 11 / 19 81

(assinatura)

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

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

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

VALOR TOTAL DOS SALÁRIOS A PAGAR:

A partir de 01 de Outubro de 19 80 Cr\$ 172,00

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

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

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

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

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

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, Daniel Aciari

(nome do empregado por extenso)

portador da Carteira Profissional n.º 35.642 - Série 547ª, empregado da

empresa CODEMAT - COMPANHIA DE DESENVOLVIMENTO DO ESTADO DE MATO GROSSO

(denominação da empresa)

sita PROJETO JUINA - MUNICÍPIO DE ARIQUANÁ

(endereço)

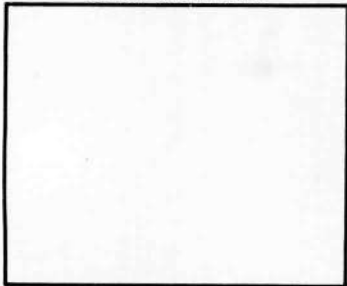
Estado MATO GROSSO

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

JUINA MT, 25 DE SETEMBRO DE 1.980

(Local e data)

Impressão dactiloscópica, quando
se tratar de analfabeto:



Daniel Aciari

(assinatura)

TESTEMUNHAS:

1.a

2.a

(assistente responsável legal pelo menor, quando couber)

RECEBEMOS O ORIGINAL

DATA 25 / 09 / 19 80

(ESCREVER NA CÓPIA)

En.º [assinatura] Silva
Gerente Adm. Proj. Juina

INSTRUÇÕES:

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

(carimbo e assinatura)

- 5 - Anotarà também na Carteira Profissional do optante:

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

Agência do Banco.....
localizada à Rua....., n.º"

(carimbo e assinatura)

(Preencher em 2 Vias)



GRUPO
ATLÂNTICA-BOAVISTA SEGUROS

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

CIA VG

CIA APC

ATLÂNTICA CIA. NAC. SEGUROS
C.G.C.: **33.055.146**

C.G.C.:

NUMERO DO CERTIFICADO

APÓLICE VG

APÓLICE APC

SUBFATURA

LOCAL

DATA INICIO

001333-1

000728

000000

001

000

01/11/80

ESTIPULANTE

C. G. C.

CIA DE DESENVOLVIMENTO DO EST DO MATO GROSSO

03474053/0001-32

SEGURADO

MATRICULA

DATA NASCIMENTO

DANIEL ACIARI

0000000000

30/01/49

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

*******130.000**

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.



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

001568-7

000000

000159

001

000

01/11/80

ESTIPULANTE

C. G. C.

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

SEGURADO

MATRÍCULA

DATA NASCIMENTO

DANIEL ACIARI

0000000000 30/01/49

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

***** **300.000** ***** **300.000** ***** ***** *****

BENEFICIÁRIOS

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

R E C I B O

RECEBI, do Setor de Pessoal da Companhia
de Desenvolvimento do Estado de Mato Grosso - CODEMAT-,
os Certificados das Apólices nº 728 e , refe-
rente ao Aditivo de (alteração) do Capital Segurado.

Cuiabá-MT, de

de 19

Daniel Aciari
SERVIDOR

DANIEL ACIARI

MAAZ/JC

FICHA FINANCEIRA

D-3

A Partir de		Salario	Insal.	Salario hora	Nome : Daniel Acieri								Documento :				
01.01.81		10.340,00	1.918,00		Cargo : M. Braçal								Endereço : Projeto Juina				
					Data admissão : 25.09.80				Data demissão : 13.11.81								
1	9	8	1	JAN.	FEV.	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGO.	SET.	OUT.	NOV.	DEZ.	13.º	TOTAL
Salario				10.340,00	10.340,00	10.340,00	10.340,00	10.340,00	10.340,00	15.191,00	15.191,00	15.191,00	15.191,00				122.828,00
Insalubridade				1.918,00	1.918,00	1.918,00	1.918,00	2.851,00	2.851,00	2.851,00	2.851,00	2.851,00	2.851,00				
Hs. Extras Trab.																	
S O M A				12.258,00	12.258,00	12.258,00	12.258,00	13.191,00	13.191,00	18.048,00	18.048,00	18.048,00	18.048,00				147.606,00
DESCONTOS :																	
Ipemat				981,00	981,00	981,00	981,00	1.055,00	1.055,00	1.444,00	1.444,00	1.444,00	1.444,00				11.808,00
Imp. Sind.						344,67											
Seguro				122,00	122,00	122,00	122,00	122,00	122,00	122,00	122,00	122,00	122,00				
SOMA DESCONTOS				1.130,00	1.103,00	1.447,67	1.103,00	1.177,00	1.177,00	1.566,00	1.566,00	1.566,00	1.566,00				
SUB TOTAL				11.128,00	11.155,00	10.810,33	11.155,00	12.014,00	12.014,00	16.482,00	16.482,00	16.482,00	16.482,00				
I. R. F.																	
Líquido																	
Sal. Fam.				240,00	240,00	240,00	240,00	357,00	357,00	357,00	357,00	357,00	357,00				
Diárias																	
A RECEBER :				11.368,00	11.395,00	11.050,33	11.395,00	12.371,00	12.371,00	16.839,00	16.839,00	16.839,00	16.839,00				

Ilmo Sr. Econ. Moacyr da Silva - Ger. Adm. do Projeto Juina

DANIEL ACIARI, abaixo assinado, brasileiro, casado, funcionário desta Cia, lotado no Projeto Juina, exercendo a função de Trabalhador Braçal, vem mui respeitosamente, requerer a V. Sa., a demissão do quadro de funcionários desta Cia, a partir do dia 23 de Junho de 1.980.

Informo que se assim procedo, o faço por minha livre e espontânea vontade, não sendo movido por nenhum descontentamento e se necessário for confirmarei perante Autoridade Competente.

Outrossim solicito a dispensa do Aviso Prévio, estabelecido pela legislação Trabalhista.

M. Termos

P. Deferimento

Juina MT, 18 de Junho de 1.980

Daniel Aciri
DANIEL ACIARI

Recebido
18.06.80
[Assinatura]

Ilmo Sr. Eeon. Moacyr da Silva - Ger. Adm. do Projeto Juina

DANIEL ACIARI, abaixo assinado, brasileiro, casado, funcionário desta Cia, lotado no Projeto Juina, exercendo a função de Trabalhador Braçal, vem mui respeitosamente, requerer a V. Sa., a demissão do quadro de funcionários desta Cia, a partir do dia 23 de Junho de 1.980.

Informo que se assim procedo, o faço por minha livre e espontânea vontade, não sendo movido por nenhuma descontentamento e se necessário for confirmarei perante Autoridade Competente.

Outrossim solicito a dispensa do Aviso Prévio, estabelecido pela legislação Trabalhista.

N. Termos

P. Deferimento

Juina MT, 18 de Junho de 1.980

Daniel Aciari

DANIEL ACIARI

Hospital e Maternidade S. Matheus

CGC 14 936 652/0001-47

Insc. Est. 13 112 966-0

Praça Central s/n

JUINA

ARIPUANA - MT.

A CODEMAT

Dr. Gilson Guimarães
CRM - 484

Atestamos q/ os devidos fins
que o pac. Daniel Aciari deve
ficar afastado de suas atividades
a partir de hoje por 03 dias

Dr. Ernani P. Silva
CRM - 877

 Ernani

Dr. Idvaldo M. Pereira
CRM-MT 610/s

Voltando à consulta queira trazer esta receita.

Hospital e Maternidade S. Matheus

CGC 14 936 652/0001-47

Insc. Est. 13 112 966-0

Praça Central s/n

JUINA

ARIPUANÃ - MT.

À C.O.D.E.M.A.T

Dr. Gilson Guimarães
CRM - 484

Atestamos para os devidos fins que Daniel
Aciari apresenta fratura de escápula e de costela
devido ficar afastado de suas atividades por
07 (sete) dias inicialmente

Dr. Ernani P. Silva
CRM - 877

Juina 23.02.81

Emancipado

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

Dr. Idvaldo M. Pereira
CRM-MT 10/8

Voltando à consulta queira trazer esta receita.

Hospital e Maternidade S. Matheus

CGC 14936652/0001-47

Insc. Est. 13112966-0

Praça Central s/n

JUINA

ARIPUANA - MT.

- Attestado -

Dr. Gilson Guimarães
CRM - 484

Attestado que Daniel Aciore perma-
neceu internado neste hospital
nos dias 11 e 12/07/82. e deixou
permanecer em repouso até
o dia 14/07/82.

Juina, 13/07/82.

[Signature]

Dr. Idvaldo M. Pereira
CRM-MT 610/s

Dr. Idvaldo Messias Pereira
CRM - 610/s
CARTÃO DE CONSULTA GERAL

Hospital e Maternidade S. Matheus

CGC 14 936 652/0001-47

Insc. Est. 13 112 966-0

Praça Central s/n

JUINA

ARIPUANÃ - MT.

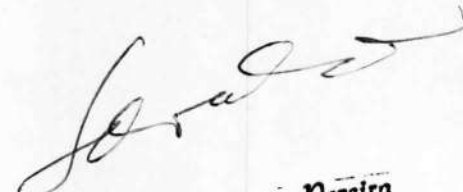
- Hortado -

Dr. Gilson Guimarães
CRM - 484

Atesto que Daniel Aires
está internado neste hospital
no período de 08/09/82 à 11/09/82
e deverá permanecer em repouso
até o dia 15/09/82.

Juina, 10/09/82.

Dr. Idvaldo M. Pereira
CRM-MT 610/3


Dr. Idvaldo Messias Pereira
CRM - MT 610/3
CLÍNICA E CIRURGIA GERAL

Voltando à consulta queira trazer esta receita.

RESCISÃO DE CONTRATO DE TRABALHO

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

EMPRESA		
CODEMAT - COMPANHIA DE DESENVOLVIMENTO DO ESTADO DE MATO GROSSO		
ENDEREÇO		
PROJETO JUINA - MUNICÍPIO DE ARIQUANÃ - MATO GROSSO		
ATIVIDADE	CGC/MF Nº	MATRÍCULA NO INPS
PROJETOS DIVERSOS	03.474.053/0005 - 66	-.-

EMPREGADO		Nº DA CTPS	SERIE
DANIEL ACIARI		35.642	547º
REGISTRO Nº	CARGO	ADMISSÃO	
487	TRABALHADOR BRAÇAL	EM 12 / 02 / 19 80	
DESLIGAMENTO	AVISO PRÉVIO	DECLARAÇÃO DE OPÇÃO	
EM 23 / 06 / 19 80	EM - / - / 19 -	EM 12 / 02 / 19 80	
		MAIOR REMUNERAÇÃO	
		Cr\$ = 6.371,00 =	

DISCRIMINAÇÃO DAS VERBAS PAGAS

Indenização	anos	Cr\$	F.G.T.S.	Horas Extras	Cr\$	-.-
Aviso Prévio		Cr\$	-.-	Gratificação	Cr\$	-.-
13º Salário	5/12	Cr\$	2.654,60	Ad Periculosidade	Cr\$	-.-
Salário Família		Cr\$	132,00	Ad Insalubridade	23 dias Jun/80	Cr\$ 1.053,40
Férias Vencidas		Cr\$	-.-	Ad Noturno	Cr\$	-.-
Férias Proporcionais	5/12	Cr\$	2.654,60	FGTS Art 9º Quitação (13º)	Cr\$	-.-
Prejuízo 14/63		Cr\$	-.-	FGTS Art 9º mês anterior (1º)	Cr\$	-.-
Prejuízo 20/66		Cr\$	-.-	FGTS Art 9º mês anterior (2º)	Cr\$	-.-
Saldo de Salários	23 dias Jun/80	Cr\$	3.831,11	FGTS Art 22º 10% s/ (soma: FGTS - Quitação + FGTS - mês ant.)	Cr\$	-.-
Comissões		Cr\$	-.-	FGTS Art 22º 10% s/ (soma: depósitos + c. monetária + juros)	Cr\$	-.-
		Cr\$		TOTAL BRUTO	Cr\$	10.325,71

DESCONTOS

Previdência	Ipmat	Cr\$	390,76
Previdência 13º Salário		Cr\$	
Adiantamentos		Cr\$	
		Cr\$	
		Cr\$	390,76
TOTAL LÍQUIDO		Cr\$	9.934,95 =

Recebi da firma acima a quantia líquida de Cr\$ = 9.934,95 =

(NOVE MIL, NOVECENTOS E TRINTA E QUATRO CRUZEIROS E NOVENTA E CINCO CENTAVOS). = " " " "

em moeda corrente do país, ou pelo cheque visado nº _____ contra o Banco _____

_____ como pagamento de meus direitos na rescisão contratual.

JUINA MT 23 de JUNHO de 19 80

EMPREGADO x Daniel Aciari

EMPREGADORA PREPOSTO

RESPONSÁVEL (NO CASO DE MENOR)

DOCUMENTOS APRESENTADOS

☐ FGTS guias e últimos recolhimentos inclusive sobre o mês de 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 _____