



CODEMAT



REGISTRO DE EMPREGADO

N.º de Ordem 630Nome do Empregado: Daniel Souza dos SantosResidência: Projeto Juina

Telefone: _____

Cor MorenaCabelo Pret. Lis.Barba ---Bigode ---Olhos Cast. Esc.

Altura _____

Peso _____

Idade 29 anos. Data do nascimento 22 / 04 / 51 lugar do nascimento Centenário do Sul - PREstado Civil Solt. Nacionalidade Bras.Filiação { Pai Antenor dos Santos Nacionalid. Bras.{ Mãe Rozária de S. Santos Nacionalid. Bras.Beneficiários: Os pais.N.º da Cart. Prof. 02.565 Série 0001 MT

» » » 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 04 de Fevereiro de 1.981 Cargo que ocupa Op. M. SerraRemuneração 16.200,00 + 40% sobre o salário mínimo Regional, referente Insalubridade.Forma de Pagamento Mensal.Horário de Trabalho: das 07:00 às 17:00 com intervalo de 02 hs. para refeição e descansoData e assinatura do empregado na ocasião da admissão 04 de Fevereiro de 19 81Data da Dispensa 13 de Dezembro de 1982

Recebi os seguintes documentos que me pertencem _____

Juina 13 de Dezembro de 1982
Daniel Souza dos Santos

Polegar Direito

IMPOSTO SINDICAL		
Ano	SINDICATO	Importancia
81	Gov. Fed. C. & Sal.	540,00
82	" " " "	1.114,90

Acidentes ou Doenças Profissionais

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ALTERAÇÃO DE CARGO OU DE ORDENADO

Data	Cargo	Alterações de Ordenadcs	Hora Mes Dia
		em 01-07-81 Cr\$ 23.809,00 por	mês
		em 01-01-82 Cr\$ 33.442,00 por	mês
		em 01-07-82 Cr\$ 48.642,00 por	mês
		em - - - Cr\$ - - - por	
		em - - - Cr\$ - - - por	
		em - - - Cr\$ - - - por	
		em - - - Cr\$ - - - por	
		em - - - Cr\$ - - - por	

FÉRIAS GOZADAS

de 10-02-82	a 12-03-82	referente ao periodo de 04-02-81	a 04-02-82
de - - -	a - - -	referente ao periodo de - - -	a - - -
de - - -	a - - -	referente ao periodo de - - -	a - - -
de - - -	a - - -	referente ao periodo de - - -	a - - -
de - - -	a - - -	referente ao periodo de - - -	a - - -
de - - -	a - - -	referente ao periodo de - - -	a - - -
de - - -	a - - -	referente ao periodo de - - -	a - - -
de - - -	a - - -	referente ao periodo de - - -	a - - -

«TÉRMO DE ENCERRAMENTO»

Demitido sem justa causa em 13
de Dezembro de 1982.

.....

.....

.....

.....

.....

Dr. Ernani Gomes Pereira da Silva

MÉDICO

'A CO.D.E.MAT

Atestamos para os devidos
fins que o pac. Daniel S. Souza.
des Santos necessita ficar 01
(um) dia de licença (16.05.81)

 15.05.81

Ernani.

Dr. Ernani Gomes Pereira da Silva

MÉDICO
CLINICA GERAL - CIRURGIA GERAL

ATESTADO [REDACTED]

Nº 034

Atestamos para os devidos fins

Que Daniel S. dos Santos
com C.I.D. em uso de medicamentos que provocam reação
necessita de 02 dias de licença para tratamento de
Saúde.

Juliana, 02 de dezembro de 1981

Ernani

CRM 877

Dr. Ernani Gomes Pereira da Silva
Clínica Geral - Cirurgia Geral
Médico CRM nº 877

Hospital e Maternidade S. Matheus

CGO 14 936 652/0001-47

Insc. Est. 13 112 966-0

Prça Central s/n

JUÍNA

ARIPUANA - MT.

Dr. Gilson Guimarães

CRM - 484

CRM - 877

Dr. Idvaldo M. Pereira

CRM-MT 610/8

Atestado

Atesto por o dr. Idvaldo
fizer seu o Sr. Daniel de
fouze Santos recentemente
de 04 (quatro) dias por
futuro a clinic.

Ass
12/10/87

Dr. Gilson F. Guimarães
Crm-Mt. 484 - Cpt 878 251 187 - 72

Voltando à consulta queira trazer esta receita.

Dr. Ernani Gomes Pereira da Silva
MÉDICO

A CODEMAT

Atestamos p/ os devidos fins
que Daniel Senza dos Santos com
traumatismo abdominal deve
ficar afastado de suas atividades
nos dias 22 e 23.05.81

Ju 22.05.81

Euclides

Dr. Ernani Gomes Pereira da Silva.
Cirurgião Geral Cirurgia Geral
Médico CRM-MA 877

Hospital e Maternidade São Matheus

CLINICA MÉDICA - PEDIATRIA - GINECOLOGIA - OBSTETRÍCIA E CIRURGIA GERAL

CGC 14936652/0001-47

INSC. 13112966-0

Praça Central s/n

JUINA

Aripuanã

Mato Grosso

ATESTADO.

Dr.
Gilson Guimarães

Dra.
M^{re}. Fátima S. Silva

Dr.
Romas D. da Silva

ATESTADO PARA OS DEVIDOS
FINS, QUE O SR. DANIEL
SOUZA DOS SANTOS, ESTÁ
SOBRE MEUS CUIDADOS MÉ-
DICOS, COM FRATURA NA FACAN-
GE DISTAL DO 4º METATARSia-
NO, DEUTENDO O MESMO FICAR
AFASTADO DE SUAS ATIVI-
DADES DIÁRIAS, NO PERÍODO
DE 12/05/82 ATÉ 22/10/82

JUINA
12
05
82

[Signature] CRM 6805

Voltando a consulta queira trazer esta receita



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

APÓLICEVG

APÓLICEAPC

SUBFATURA

LOCAL

DATA INÍCIO

001391-9

000728

000000

001

000

01/03/81

ESTIPULANTE

C. G. C.

CIA DE DESENVOLVIMENTO DO EST DO MATO GROSSO

03474053/0001-32

SEGURADO

MATRICULA

DATA NASCIMENTO

DANIEL SOUZA DOS SANTOS

0000000000

22/04/51

IMPORTÂNCIAS SEGURADAS

VIDA EM GRUPO

ACIDENTES PESSOAIS COLETIVO

MORTE

MORTE

INV. PERMAN. - ATE

A.M.D.S.

D.H.-ATE 180 DIAS

D.I.T.-ATE 360 DIAS

***600.000

BENEFICIÁRIOS

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



GRUPO
ATLÂNTICA-BOAVISTA SEGUROS

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

CIA VG

CIA APC

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

001632-2

000000

000159

001

000

01/03/81

ESTIPULANTE

C. G. C.

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

SEGURADO

MATRICULA

DATA NASCIMENTO

DANIEL SOUZA DOS SANTOS

0000000000 **22/04/51**

IMPORTÂNCIAS SEGURADAS

VIDA EM GRUPO

ACIDENTES PESSOAIS COLETIVO

MORTE

MORTE

INV. PERMAN. - ATE

A.M.D.S.

D.H.-ATE 180 DIAS

D.I.T.-ATE 360 DIAS

*****600.000

*****600.000

BENEFICIÁRIOS

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

Dr. Ernani Gomes Pereira da Silva
MÉDICO

A CODEMAT

Atestado

Atestamos para os devidos fins
que Daniel Souza dos Santos encontra-se
em tratamento e deve ficar afastado de
suas atividades nos dias 19 e 20 Junho
de 1981

Jº 17.06.81

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



GRUPO
ATLÂNTICA-BOAVISTA SEGUROS

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

CIA VG

CIA APC

ATLANTICA CIA. NAC. SEGUROS

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

C.G.C.:

NUMERO DO CERTIFICADO

APÓLICE VG

APÓLICE APC

SUBFATURA

LOCAL

DATA INICIO

001391-9

000728

000000

001

000

01/03/81

ESTIPULANTE

C. G. C.

CIA DE DESENVOLVIMENTO DO EST DO MATO GROSSO

03474053/0001-32

SEGURADO

MATRICULA

DATA NASCIMENTO

DANIEL SOUZA DOS SANTOS

0000000000

22/04/51

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

*****240.000**

BENEFICIÁRIOS

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



GRUPO
ATLÂNTICA-BOAVISTA SEGUROS

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

CIA VG

CIA APC

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

001632-2

000000

000159

001

000

01/03/81

ESTIPULANTE

C. G. C.

CIA DE DESENVOLVIMENTO DO ESTADO DE MATO GROS

03474053/0001-32

SEGURADO

MATRÍCULA

DATA NASCIMENTO

DANIEL SOUZA DOS SANTOS

0000000000

22/04/51

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

**** **350.000**

**** **350.000**

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.

C O D E M A T

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO



Matricula Nº **630**

Nome: **Daniel Souza dos Santos**

Nível **'4'**

Classe

Cart. Profissional Nº **02.565** / **0001 MT**

Cargo **Op. M. Serra.**

Naturalidade - Filiação - Data do Nascimento

Estado Paraná	Cidade Centenário do Sul	Naturalizado?	Estado Civil Solteiro
Pai Antenor dos Santos	Mãe Rosária de Souza Santos	Nascido em 22.04.51	C.I.C. 276.916.759 - 68

Elementos de Identificação

PASEP

1.100.328.919-1

Carteira de Identidade	Caderneta Militar	Carteira Eleitoral	Endereço	Nº	Local	Município
Nº 97.553	Nº 630154	Nº	Projeto Juina			Aripuanã - MT
Série:	Série H	Zona:				
Seção:	Categoria: C D I	Seção:				
De P. Velho - RO	De: Curitiba - PR	De				

Dependentes: **Os pais.**

Ilmo Sr. Econ. MOACYR DA SILVA - Ger. Adm. do Projeto Juina

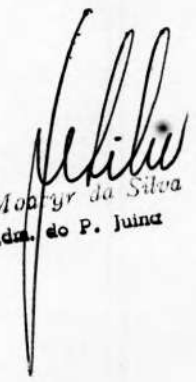
DANIEL SOUZA DOS SANTOS, abaixo assinado, brasileiro, solteiro, Func. desta Cia., lotado no Projeto Juina, exercendo a função de Operador de Moto Serra, vem mui respeitosamente, requerer a V. Sa., as férias regulamentares referentes ao período de 04 de Fevereiro de 1.981 a 04 de Fevereiro de 1.982, a partir do dia 10 de Fevereiro de 1.982.

N. Termos

P. Deferimento

Juina MT, 25 de Janeiro de 1.982.

Daniel Souza dos Santos
DANIEL SOUZA DOS SANTOS


Econ. Moacyr da Silva
Ger. Adm. do P. Juina

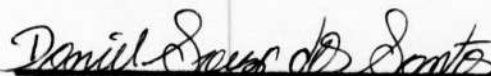
Ilmo Sr. Econ. MOACYR DA SILVA - Ger. Adm. do Projeto Juina

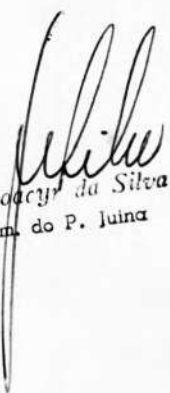
DANIEL SOUZA DOS SANTOS, abaixo assinado, brasileiro, solteiro, Func. desta Cia., lotado no Projeto Juina, exercendo a função de Operador de Moto Serra, vem mui respeitosamente, requerer a V. Sa., as férias regulamentares referentes ao período de 04 de Fevereiro de 1.981 a 04 de Fevereiro de 1.982, a partir do dia 10 de Fevereiro de 1.982.

N. Termos

P. Deferimento

Juina MT, 25 de Janeiro de 1.982.


DANIEL SOUZA DOS SANTOS


Econ. Moacyr da Silva
Ger. Adm. do P. Juina



ESTADO DE MATO GROSSO
SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO
INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DO ESTADO DE MATO GROSSO
A T E S T A D O M É D I C O

Decreto nº 605 de setembro de 1980

ATESTAMOS QUE

se encontra enfermo(a), necessitando de licença para: 15 (quinze) dias
Tratamento de saúde (X) Tratamento de saúde em prorrogação () A gestante () por motivo de doença em pessoa de família
() Aposentadoria ()
DIAGNOSTICO PRINCIPAL Amorçoso neural CID 598.7/6
OUTROS DIAGNOSTICOS Neuralgia
DIAGNOSTICOS PRESUNTIVOS (a esclarecer)

EXAMES COMPLEMENTARES ANEXADOS QUE COMPROVAM O DIAGNOSTICOS:

01 02
03 04
05 06

Cuiabá-MT 13 de outubro de 1982

Dr. Antonio P. J. J. J.
Assinatura e Carimbo
C.R. 3100-72

Assinatura e Carimbo

Assinatura e Carimbo

L A U D O M É D I C O

Aos dias do mês de do ano de mil novecentos e
....., presente os senhores médicos
deste Instituto foi pelos mesmos procedido o exame médico na pessoa de
..... servidor (a)
..... para efeito de licença, necessitando de
(.....) dias no a os
mencionados verificaram que o paciente é portador de CID nº:
..... E para constar foi lavrado o presente laudo que, depois de lido e achado conforme vai devidamente assinado.
Cuiabá-MT, de de 19

Assinatura e Carimbo

Assinatura e Carimbo

Assinatura e Carimbo

A T E S T A D O M É D I C O

ATESTAMOS QUE

servidor(a) segurado(a) inscrito nesta
Autarquia s b nº matrícula médica nº , necessita de um período de
dias de licença a partir de 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, **DANIEL SOUZA DOS SANTOS**

(nome do empregado por extenso)

portador da Carteira Profissional n.º **02.565 - SÉRIE 00001 - MT**, empregado da

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

(denominação da empresa)

sita **PROJETO JUINA - MUNICÍPIO DE ARIQUANÁ**

(endereço)

Estado **MATO GROSSO**

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

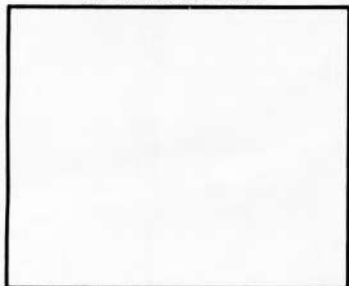
JUINA MT, 04 DE FEVEREIRO DE 1.981

(Local e data)

Daniel Souza dos Santos

(assinatura)

Impressão dactiloscópica, quando
se tratar de analfabeto:



TESTEMUNHAS:

1.a. *[Signature]*

2.a. _____

(assistente responsável legal pelo menor, quando couber)

RECEBEMOS O ORIGINAL

DATA **04** / **02** / 19 **81**

(ESCREVER NA CÓPIA)

(assinatura do empregador)

Econ. Modayr da Silva
Ger. Adm. do P. Juina

INSTRUÇÕES:

- 1 - O empregado assina as duas vias da carta de opção;
- 2 - Entrega a Carteira Profissional para a anotação da sua opção, conforme modelo abaixo;
- 3 - Recebe a cópia com o recibo firmado pela empresa, datada;
- 4 - A empresa anotará 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 - Anotará 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)

