

PROCEDIMENTOS PARA PREENCHIMENTO

1) A folha ponto deverá ser preenchida em todos os campos, conforme orientação abaixo:

A) No campo de jornada diária de trabalho, deverá ser preenchido os intervalos entre a jornada de trabalho.

Exemplo: 08:00 - 12:00 14:00 - 18:00

B) Deverá constar a rubrica do empregado nos dias de trabalho, e no final do mês sua assinatura.

C) Em caso de jornadas extraordinárias deverá ser preenchido o horário do início e término, lançando o número total de horas executadas, às quais deverão estar devidamente autorizadas.

CÓDIGOS DE AUSÊNCIAS AO SERVIÇO

2) Abaixo relacionamos os códigos que deverão ser lançados nas ocasiões em que ocorrer:

02 - Acidente do Trabalho

03 - Serviço Militar

04 - Licença Maternidade

05 - Doença

14 - Faltas Abonadas

0008 - Faltas Injustificadas

0041 - Férias

0112 - Licença Remunerada

0399 - Atestado Médico

0397 - Faltas Justificadas

Autorizo o desconto das minhas ausências em folha de pagamento conforme anotações constantes da Folha Ponto.

Heio Aboufo de Jesus



INSTITUTO DE DESENVOLVIMENTO
DE PROGRAMAS

Cidade do registro:

Sorriso - Meio Amb.

Nº Cadastro:

3583

Cargo:

AG. PRESE. CONS.

Prevenção salarial:

400,00

Foto:

DADOS PESSOAIS DO CANDIDATO

Nome	Licimar Peres da Cruz	Sobrenome		Sexo:	
Endereço:				Número:	
				Apto	
Rua:	Cidade:	Estado:	CEP:	Telefone:	
Nacionalidade:	Naturalidade:	Data do Nascimento:	Idade:	Estado Civil:	

DADOS FAMILIARES

Nome do Pai:	Nacionalidade:	Profissão:	Trabalha:				
Nome da Mãe:	Nacionalidade:	Profissão:	Trabalha:				
Nome do (a) Espos(a):	Nacionalidade:	Profissão:	Trabalha:				
Número de filhos:	Maiores:	Menores:	Menores de 14:	Estudando:	Trabalhando:	Precisa ajudar financeiramente seus pais ou depende:	Côm quanto:

DOCUMENTOS PESSOAIS

CARTEIRA DE TRABALHO:	Série:	Estado Emissor:	Data Emissão:	
CÉDULA DE IDENTIDADE:	Local de Emissão:	Estado:	Data Emissão:	
TÍTULO DE ELEITOR:	Zona:	Seção:	Cidade/Estado:	Data Emissão:
IMP. RENDA (CIC OU CPF):	Controle:	Região Fiscal:	Válido Até:	
CERT. RESERVISTA:	Série:	Categoria:	Região Militar:	Data Emissão:
PIS / PASEP:	Barco:		Agência:	
CART. MODELO 19 (SE ESTRANGEIRO):	É Naturalizado:	Data Chegada:	Local Emissão:	Data Emissão:
CART. DE MOTORISTA:	Categoria:	Validade:	☐ C.R.C. ☐ CREA Nº ☐ OAB. ☐ OUTRO.	

BENEFICIÁRIOS E DEPENDENTES

Nome	Parentesco	Nacionalidade:	Data Nascimento

SITUAÇÃO EDUCACIONAL

Escolaridade	Concluiu:	Estabelecimento:
Cursos Realizados:		

CONTRATO DE TRABALHO POR TEMPO DETERMINADO

Pelo presente instrumento particular, de um lado **INSTITUTO DE DESENVOLVIMENTO DE PROGRAMAS - IDEP**, pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, inscrita no CNPJ sob o nº. 04.973.848/001-98; com sede na Rua Esmeralda, nº. 669, bairro Bosque da Saúde, em Cuiabá/MT, representado pelo seu Presidente o Sr. Carlos Alberto Santana, doravante denominado **EMPREGADOR**, e de outro lado, **LICIMAR PERES DA CRUZ**, portador da Carteira de Trabalho sob nº. , série , portador de Cédula de Identidade RG sob o nº. e CPF nº., doravante designado **EMPREGADO**, resolvem nesta data ajustar entre si, Contrato de Trabalho Por Prazo Determinado, que se regerá pelas condições estipuladas nas seguintes cláusulas:

Cláusula Primeira

O prazo do presente contrato será de **15 (Quinze) dias** a contar desta data e termo final em **08/12/2009**.

A critério do **EMPREGADOR**, podendo o presente contrato ser prorrogado por igual período. Findo este prazo o contrato ficará automaticamente rescindido, independentemente de qualquer notificação ou aviso prévio.

Findo o prazo previsto na cláusula anterior ou terminado o prazo de prorrogação, e não sendo o empregado dispensado, passará o contrato a vigorar por prazo indeterminado, respeitadas as condições abaixo estipuladas.

Cláusula Segunda

O empregado é contratado para exercer as funções de Agente de preservação e conservação ou quaisquer outros serviços compatíveis com seu cargo e afins à função para a qual ora é contratado.

Cláusula Terceira

A remuneração do empregado será de **R\$ 400,00 (Quatrocentos reais)**.

O pagamento da remuneração será efetuado até o 5º dia útil após o término do contrato.

O empregado autoriza o desconto em seus salários das importâncias que lhe forem adiantadas pelo empregador.

Cláusula Quarta

O empregado cumprirá a jornada de trabalho diária das 07:00 às 17:00, com intervalo de 02 (Duas) horas para alimentação e repouso, de segunda a sexta-feira. Se houver horas extras, estas serão pagas na forma da lei ou serão compensadas com repouso correspondente.

Cláusula Quinta

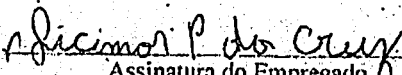
O empregado se obriga a respeitar as normas e praxe de serviço vigente.

Para o caso de rescisão do presente contrato antes do seu termo, aplicar-se-á as regras dos artigos 479 e 480 da Consolidação das Leis do Trabalho.

As partes elegem o Foro da Comarca de Sorriso/MT para dirimirem quaisquer conflitos oriundos do presente contrato.

E, por estarem de acordo com todas estas condições, firmam o presente contrato, na presença de duas testemunhas.

Sorriso/MT, 24 de Novembro de 2009.


Assinatura do Empregado


Coordenador Administrativo
IDEP - SORRISO
Assinatura do Empregador

Testemunhas:

1 -
CPF

2 -
CPF

PRO LABORE SERVIÇO DE MEDICINA OCUPACIONAL 23-24/11/2009-18:02:53
RUA ZULMIR BERTULI 104 - CENTRO-SERVIÇO/MT - CEP: 02.480.730/0001-62
*** ATESIAU DE SAUDE OCUPACIONAL ***

Empresa: INSTITUTO DE DESENVOLVIMENTO DE FROSTADIA/DUIARA Setor: SAUDE
Funcionario: LICIANE FERES DA CRUZ
Funcao: AGENT. OMBATE DENGUE
Doc: 2180042-1 SSP-MT
Sexo: M
Natural de: VERA
Est. Civil: SOLTEIRO Idade: 20 anos.
-MT
NASC.: 15/09/1989
RISCO ESPECIFICO: ACIDENTE/ENFARTO
Em cumprimento a legislacao trabalhista, art. 168 e 169 da Secao V do capitulo II da DLI, leis no. 7855/89 e 6514/77 portaria 3214/78 (NR) e portaria no. 24 de 19.12.94 (FORSD). Atesto que o(a) funcionario(a) acima citado(a) foi clinicamente examinado(a), sendo que goza no momento de saude fisica e mental e nao e portador de doenca infecto-contagiosa, constatavel no exame clinico, sendo considerado:

APTO PARA A FUNCAO

ORIENTACOES MEDICAS

USO OBRIGATORIO DE EQUIP. DE PROTECAO INDIVIDUAL DE ACORDO COM A FUNCAO E CIRCUNSTANCIA
VACINAR TETANO E FEVERE AMARELO / (POSTO DE SAUDE).

O exame medico realizado consta de: anamnese pessoal e profissional, medicao dos dados vitais (pressao arterial, frequencia cardiaca, peso, altura), exame clinico de aptidao fisica e mental.
Exames complementares a que foi submetido:

TESTE DE ACUIDADE VISUAL em 24/11/2009

Data: 24/11/2009
Validade: 24/11/2010

*** VIA DA EMPRESA ***

Liciane Feres da Cruz
LICIANE FERES DA CRUZ
Recebi a 2ª Via deste Atestado

Dr. Nivaldo Sousa Ramos
Médico do Trabalho
CRM 2704-MT
Pro Labor

TESTE

TESTE

inicio do exame: 15:58:16:: Final do exame: 18:02:53

DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO

Empresa		C.N.P.J	
INSTITUTO DE DESENVOLVIMENTO DE PROGRAMAS - IDEP		04.739.848/0001-98	
Registro	Nome		
03583	LICIMAR PERES DA CRUZ		
Função	Salário	Ref.	Dependentes
AGENTE DE PRESERV. E	400,00	11 / 2009	0
Setor		Admissão	
DEFESA E CONSERVACAO MEIO AMBIENTE		24/11/2009	
Cód. Descrição	Ref.	Proventos	Descontos
0001 - SALARIO MENSAL	46,67	93,33	
0003 I.N.S.S.	8,00		7,46
Totais		93,33	7,46
		LÍQUIDO	85,87

BASES

Sal.Base:	400,00	FGTS do Mês:	7,47
Base INSS:	93,33	Base IRRF:	93,33
Base FGTS:	93,33		

Licimar Peres da Cruz

TERMO RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR	01-CNPJ / CEI 04.739.848/0001-98		02-Razão Social / Nome INSTITUTO DE DESENVOLVIMENTO DE PROGRAMAS - IDEP	
	03-Endereço (Logradouro, N°, Andar, Apartamento) AV PORTO ALEGRE 2525			04-Bairro CENTRO
	05-Município SORRISO	06-UF MT	07-CEP	08-CNAE 9430800
IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR	10-PIS - PASEP 13208566408		11-Nome LICIMAR PERES DA CRUZ 03583	
	12-Endereço (Logradouro, N°, Andar, Apartamento) SANTO ANTONIO S/N			13-Bairro INDEFINIDO
	14-Município Soriso	15-UF MT	16-CEP	17-Carteira de Trabalho (Nº, Série, UF) 2288024 / 000010 / MT
	18-CPF 04241567177	19-Data de Nascimento 15/09/1989	20-Nome da Mãe MARILENE PERES DA CRUZ	
DADOS DO CONTRATO	21-Remuneração p/ fins Rescisórios Sal.Base: 400,00 Férias Venc.: 400,00 13o.: 400,00 Férias Prop.: 400,00 A.Previd.: 400,00		22-Data Admissão 24/11/2009	23-Data A. Prévio
	24-Data Afastamento 08/12/2009			
	25-Causa do Afastamento Término de contrato de trabalho		26-Cód. Afastamento 04	27-Pensão Alimentícia (%) 1
			28-Categoria do Trabalhador	

PROVENTOS		VALOR	DESCONTOS		VALOR
0025	1,00 FERIAS PROPORCIONAIS	33,33	0003	8,00 I.N.S.S.	24,53
0063	0,00 1/3 DE FERIAS RESCISAO	11,11			
0499	0,00 SALARIO MENSAL	306,67			

PROVENTOS:	351,11	DESCONTOS:	24,53	TOTAL LÍQUIDO:	326,58
------------	--------	------------	-------	----------------	--------

FORMALIZAÇÃO DA RESCISÃO	56-Local e Data do Recebimento Soriso - Mt, 09 de Dezembro de 2009	57-Carimbo e Assinatura do Representante do Emprego <i>Alexandro Veiga</i> Coordenador Administrativo IDEP SORRISO Isania Aparecida Procópio da Silva Gerente de RH CPF 571.329.761-68	
	58-Assinatura do Trabalhador <i>Licimar Peres da Cruz</i>	59-Assinatura do Responsável legal do Trabalhador	
	60-HOMOLOGAÇÃO Foi prestada, gratuitamente, assistência ao trabalhador, nos termos do artigo 477, &1º, da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), sendo comprovado, neste ato, o efetivo pagamento das verbas rescisórias acima especificadas.	61-Digital do Trabalhador	
	Local e Data	62-Digital do Responsável Legal	
	Carimbo e Assinatura do Assistente		
	63-Identificação do Órgão Homologador	64-Recepção pelo Banco (Data e Carimbo)	

A Assistência no ato de Rescisão Contratual é Gratuita

TERMO RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR	01-CNPJ / CEI 04.739.848/0001-98		02-Razão Social / Nome INSTITUTO DE DESENVOLVIMENTO DE PROGRAMAS - IDEP	
	03-Endereço (Logradouro, N°, Andar, Apartamento) AV PORTO ALEGRE 2525			04-Bairro CENTRO
	05-Município SORRISO	06-UF MT	07-CEP	08-CNAE 9430800
	09-CNPJ / CEI Tomador / Obra			
IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR	10-PIS - PASEP 13208566408		11-Nome LICIMAR PERES DA CRUZ 03583	
	12-Endereço (Logradouro, N°, Andar, Apartamento) SANTO ANTONIO S/N			13-Bairro INDEFINIDO
	14-Município Soriso	15-UF MT	16-CEP	17-Carteira de Trabalho (N°, Série, UF) 2288024/ 000010/ MT
	18-CPF 04241567177	19-Data de Nascimento 15/09/1989	20-Nome da Mãe MARILENE PERES DA CRUZ	
DADOS DO CONTRATO	21-Remuneração p/ fins Rescisórios Sal.Base: 400,00 Férias Venc.: 400,00 13a.: 400,00 Férias Prop.: 400,00 A.Previd.: 400,00		22-Data Admissão 24/11/2009	23-Data A. Prévio
	24-Data Afastamento 08/12/2009			
	25-Causa do Afastamento Término de contrato de trabalho	26-Cód. Afastamento 04	27-Pensão Alimentícia (%)	28-Categoria do Trabalhador I
PROVENTOS		VALOR DESCONTOS		VALOR
0025	1,00 FERIAS PROPORCIONAIS	33,33	0003 8,00 I.N.S.S.	24,53
0063	0,00 1/3 DE FERIAS RESCISAO	11,11		
0499	0,00 SALARIO MENSAL	306,67		

PROVENTOS:	351,11	DESCONTOS:	24,53	TOTAL LÍQUIDO:	326,58
56-Local e Data do Recebimento Soriso - Mt, 09 de Dezembro de 2009	57-Carimbo e Assinatura do Empregador ou Representante <i>Alexandro Veiga</i> Coordenador Administrativo IDEP SORRISO Isania Aparecida Procopio da Silva Gerente de RH CPF 571.329.761-68				
58-Assinatura do Trabalhador <i>Licimar Peres da Cruz</i>	59-Assinatura do Responsável legal do Trabalhador				
60-HOMOLOGAÇÃO Foi prestada, gratuitamente, assistência ao trabalhador, nos termos do artigo 477, §1º, da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), sendo comprovado, neste ato, o efetivo pagamento das verbas rescisórias acima especificadas.	61-Digital do Trabalhador				
Local e Data	62-Digital do Responsável Legal				
Carimbo e Assinatura do Assistente	64-Recepção pelo Banco (Data e Carimbo)				
63-Identificação do Órgão Homologador					

A Assistência no ato de Rescisão Contratual é Gratuita

048	399	0943	0	043	00173	6	0	OSK	006724	2	(412,45)
-----	-----	------	---	-----	-------	---	---	-----	--------	---	----------

DECLARAÇÃO DE RECEBIMENTO DE CTPS

Eu, Licimar Peres da Cruz, declaro que recebi a CTPS n. 2288024 série 001-01/MT, com as devidas anotações, na pag.06, na presente data.

Sorriso, MT, 09 de Dezembro de 2009.

Licimar Peres da Cruz

Licimar Peres da Cruz

06

CONTRATO DE TRABALHO

EMPREGADOR

04.739.848/0001-98

LOCAL

INSTITUTO DE DESENVOLVIMENTO

ENDEREÇO

DE PROGRAMAS IDEP

MUNICÍPIO

Rua Esmeralda, 669 Bosque da Saúde - UF

ESTADO

CEP 78.600-050 CUIABÁ - MT

CARGO

Coordenador de Planejamento

CBO Nº

DATA DE ADMISSÃO

24 de Novembro de 2000

NOME

ALEXANDRE VIEIRA

REFERÊNCIA ESTIMADA

R\$ 400,00

NOME

Zena (Quinhentos Reais)

NOME

P/ Danielzinho

NOME

Alexandre Vieira

NOME

Alexandre Vieira

NOME

Alexandre Vieira

NOME

Alexandre Vieira

NOME

Alexandre Vieira

NOME

Alexandre Vieira

NOME

Alexandre Vieira

NOME

Alexandre Vieira

NOME

Alexandre Vieira

NOME

Alexandre Vieira

NOME

Alexandre Vieira

NOME

Alexandre Vieira

NOME

Alexandre Vieira

07

CONTRATO DE TRABALHO

EMPREGADOR

LOCAL

ENDEREÇO

MUNICÍPIO

EST. DO ESTABELECIMENTO

CARGO

CBO Nº

DATA DE ADMISSÃO

REGISTRO Nº

REFERÊNCIA ESTIMADA

NOME

NOME

NOME

NOME

NOME

NOME

NOME

NOME

NOME

NOME

NOME

NOME

NOME

NOME

NOME

FOLHA PONTO



IDEP

Instituto de Desenvolvimento

SORRISO

Defesa e Conservação do Meio Ambiente

LICIMAR PERES D CRUZ

AGENTE DE PRESERVAÇÃO E CONSERVAÇÃO

Período: 24/11/2009 A 08/12/2009

Horário: SEG A SEX 07:00 AS 11:00 - 13:00 AS 17:00

ENDEREÇO:

Rua: Esmeralda 669 Bosque da Saúde 78.050-050 Cuiabá - MT

CNPJ

FONE

EMAIL

04.739.848/0001-98 65-3648-1800 idep@idep-oscip.org.br

Dia	Jornada Diária de Trabalho			Assinatura	Horas Extraordinárias	
	Início	Intervalo	Término		Das	No. Horas
24/11/2009	07:00	11:00	1:00	5:00	Licimar P do Cruz	
25/11/2009	7:00	11:00	1:00	5:00	Licimar P do Cruz	
26/11/2009	7:00	11:00	1:00	5:00	Licimar P do Cruz	
27/11/2009	7:00	11:00	1:00	5:00	Licimar P do Cruz	
28/11/2009	Sab	-11-	-11-	-11-	-11-	
29/11/2009	Dom	-11-	-11-	-11-	-11-	
30/11/2009	7:00	11:00	1:00	5:00	Licimar P do Cruz	
01/12/2009	7:00	11:00	1:00	5:00	Licimar P do Cruz	
02/12/2009	7:00	11:00	1:00	5:00	Licimar P do Cruz	
03/12/2009	7:00	11:00	1:00	5:00	Licimar P do Cruz	
04/12/2009	7:00	11:00	1:00	5:00	Licimar P do Cruz	
05/12/2009	Sab	-11-	-11-	-11-	-11-	
06/12/2009	Dom	-11-	-11-	-11-	-11-	
07/12/2009	7:00	11:00	1:00	5:00	Licimar P do Cruz	
08/12/2009	7:00	11:00	1:00	5:00	Licimar P do Cruz	
TOTAL						

Declaro para os devidos fins de direito, que analisei e conferi as horas lançadas no meu cartão ponto, estando de acordo com as mesmas, por representarem o trabalho realmente prestado por minha pessoa durante o período, não havendo nada a reclamar.

Cuiabá-MT., ____/____/____.

Licimar Peres do Cruz
GEOVANI DA SILVA E SILVA

Coordenador
Elisângela Fias Jardim

PROCEDIMENTOS PARA PREENCHIMENTO

1) A folha ponto deverá ser preenchida em todos os campos, conforme orientação abaixo:

A) No campo de jornada diária de trabalho, deverá ser preenchido os intervalos entre a jornada de trabalho.

Exemplo: 08:00 - 12:00 14:00 - 18:00

B) Deverá constar a rubrica do empregado nos dias de trabalho, e no final do mês sua assinatura.

C) Em caso de jornadas extraordinárias deverá ser preenchido o horário do início e término, lançando o número total de horas executadas, as quais deverão estar devidamente autorizadas.

CÓDIGOS DE AUSÊNCIAS AO SERVIÇO

2) Abaixo relacionamos os códigos que deverão ser lançados nas ocasiões em que ocorrer:

02 - Acidente do Trabalho

03 - Serviço Militar

04 - Licença Maternidade

05 - Doença

14 - Faltas Abonadas

0008 - Faltas Injustificadas

0041 - Férias

0112 - Licença Remunerada

0399 - Atestado Médico

0397 - Faltas Justificadas

Autorizo o desconto das minhas ausências em folha de pagamento conforme anotações constantes da Folha Ponto

Licimari Peres da Cruz



INSTITUTO DE DESENVOLVIMENTO
DE PROGRAMAS

Cidade do registro:

Sorocaba - São Paulo

Cargo:

Ass. Percepção Contábil

Preço salarial:

400,00

Nº Cadastro



DADOS PESSOAIS DO CANDIDATO

Nome: Luiz Carlos Alves de Lima		Sobrenome:	Sexo:	Número:	Apelido:
País:	Cidade:	Estado:	CEP:	Telefone:	
Nacionalidade:	Naturalidade:	Data do Nascimento:	Idade:	Estado Civil:	

DADOS FAMILIARES

Nome do Pai:	Nacionalidade:	Profissão:	Trabalha:			
Nome da Mãe:	Nacionalidade:	Profissão:	Trabalha:			
Nome do (a) Espos(a):	Nacionalidade:	Profissão:	Trabalha:			
Número de filhos:	Maiores:	Menores:	Menores de 14:	Estudando:	Trabalhando:	Precisa ajudar financeiramente seus pais ou depend. Com quanto:

DOCUMENTOS PESSOAIS

CARTEIRA DE TRABALHO:	Série:	Estado Emissor:	Data Emissão:	
CEDULA DE IDENTIDADE:	Local de Emissão:	Estado:	Data Emissão:	
TÍTULO DE ELEITOR:	Zona:	Seção:	Cidade/Estado:	Data Emissão:
IMP. RENDA (CIC OU CPF):	Controle:	Região Fiscal:	Valido Até:	
CERT. RESERVISTA:	Série:	Categoria:	Região Militar:	Data Emissão:
PIS / PASEP:	Banco:	Agência:		
CART. MODELO 19 (SE ESTRANGEIRO):	É Naturalizado:	Data Cregada:	Local Emissão:	Data Emissão:
CART. DE MOTORISTA:	Categoria:	Validade:	☐ C.R.C ☐ CREA N° ☐ OAB ☐ OUTRO	

BENEFICIÁRIOS E DEPENDENTES

Nome:	Parentesco:	Nacionalidade:	Data Nascimento:

SITUAÇÃO EDUCACIONAL

Escolaridade:	Concluiu:	Estabelecimento:
Cursos Realizados:		

PRO LAURE SORRISO SERVIÇO DE MEDICINA OCUPACIONAL
RUA ZULFAS KERTUL 104 - CENTRO-SORRISO/MT - CEP: 02.490.730/0001-62
58-23/11/2009-16:43:14
* * ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL * * *

EMPRESA: INSTITUTO DE DESENVOLVIMENTO DE FRIQUETTES/QUARA

FUNÇÃO: LUIS CARLOS ALVES DE LIMA

FUNÇÃO: ACH. DEBATE DEBATE

Doc: 230473-7 SSP-MT

Sexo: M

Natural de: NINA PARAGUAY

EXATE PEDRO AMBROSIO

Mãe: NINA LUCIA ALVES DE LIMA

Est. Civil: CASADO

-MT

Grav de Risco: 2

Risco Específico: ALIENIGNE/ENIGMIO

Em cumprimento a legislação Trabalhista, art. 158 e 159 da Lei nº 5.020/66 e 5.020/77

portaria 3214/73 (NR) e Portaria nº. 24 de 19.12.94 (PDR). Atento que o(a) funcionário(a) acima citado(a) foi clínicamente examinado(a), sendo que não houve alteração de saúde física e mental e não é portador de doença infecciosa

constatável no exame clínico, sendo considerado:

APTO PARA A FUNÇÃO

ORIENTAÇÕES MÉDICAS

USO OBRIGATORIO DE EQUIP. DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL DE ACORDO COM A FUNÇÃO E CONDIÇÃO DE TRABALHO

USO DE EQUIP. DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL DE ACORDO COM A FUNÇÃO E CONDIÇÃO DE TRABALHO

O exame médico realizado consistiu de: anamnese pessoal e profissional, medicação dos dados vitais (pressão arterial, frequência cardíaca, peso, altura), exame clínico de aptidão física e mental.
Exames complementares a que foi submetido:

TESTE DE AUDIÇÃO VISUAL em 23/11/2009

Data: 23/11/2009

Validade: 23/11/2010

SAÚDE VIA DA ESPERANÇA

Luis Carlos Alves de Lima
LUIS CARLOS ALVES DE LIMA

Assinatura e rubrica deste Atestado

Dr. Nivaldo S. Ramos
Médico do Trabalho
CRM-MT 2704

TESTE DE AUDIÇÃO VISUAL em 23/11/2009
Médico Examinador

TESTE

TESTE

Indicador de Saúde Ocupacional em 23/11/2009

CONTRATO DE TRABALHO POR TEMPO DETERMINADO

Pelo presente instrumento particular, de um lado **INSTITUTO DE DESENVOLVIMENTO DE PROGRAMAS - IDEP**, pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, inscrita no CNPJ sob o nº. 04.973.848/001-98, com sede na Rua Esmeralda, nº. 669, bairro Bosque da Saúde, em Cuiabá/MT, representado pelo seu Presidente o Sr. Carlos Alberto Santana, doravante denominado **EMPREGADOR**, e de outro lado, **LUIS CARLOS ALVES DE LIMA** portador da Carteira de Trabalho sob nº.36183, série 00022-MT, portador de Cédula de Identidade RG sob o nº. 2334728-7 e CPF nº.032.346.581-10, doravante designado **EMPREGADO**, resolvem nesta data ajustar entre si, Contrato de Trabalho Por Prazo Determinado, que se regerá pelas condições estipuladas nas seguintes cláusulas:

Cláusula Primeira

O prazo do presente contrato será de 15 (Quinze) dias a contar desta data e termo final em 08/12/2009.

A critério do EMPREGADOR, podendo o presente contrato ser prorrogado por igual período. Findo este prazo o contrato ficará automaticamente rescindido, independentemente de qualquer notificação ou aviso prévio.

Findo o prazo previsto na cláusula anterior ou terminado o prazo de prorrogação, e não sendo o empregado dispensado, passará o contrato a vigorar por prazo indeterminado, respeitadas as condições abaixo estipuladas.

Cláusula Segunda

O empregado é contratado para exercer as funções de Agente de preservação e conservação ou quaisquer outros serviços compatíveis com seu cargo e atinentes à função para a qual ora é contratado.

Cláusula Terceira

A remuneração do empregado será de R\$ 400,00 (Quatrocentos reais).

O pagamento da remuneração será efetuado até o 5º dia útil após o término do contrato.

O empregado autoriza o desconto em seus salários das inportâncias que lhe forem adiantadas pelo empregador.

Cláusula Quarta

O empregado cumprirá a jornada de trabalho diária das 07:00 às 17:00, com intervalo de 02 (Duas) horas para alimentação e repouso, de segunda a sexta-feira. Se houver horas extras, estas serão pagas na forma da lei ou serão compensadas com repouso correspondente.

Cláusula Quinta

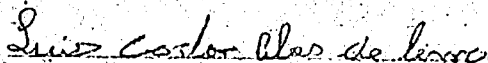
O empregado se obriga a respeitar as normas e praxe de serviço vigente.

Para o caso de rescisão do presente contrato antes do seu termo, aplicar-se-á as regras dos artigos 479 e 480 da Consolidação das Leis do Trabalho.

As partes elegem o Foro da Comarca de Sorriso/MT para dirimirem quaisquer conflitos oriundos do presente contrato.

E, por estarem de acordo com todas estas condições, firmam o presente contrato, na presença de duas testemunhas.

Sorriso/MT, 24 de Novembro de 2009.


Assinatura do Empregado


Coordenador Administrativo
IDEP SORRISO

Assinatura do Empregador

Testemunhas:

1.
CPF

2.
CPF

INSCRIÇÃO	01-CNPJ / CEI 04.739.848/0001-98		02-Razão Social / Nome INSTITUTO DE DESENVOLVIMENTO DE PROGRAMAS - IDEP																											
	03-Endereço (Logradouro, N°, Andar, Apartamento) AV PORTO ALEGRE 2525					04-Bairro CENTRO																								
	05-Município SORRISO	06-UF MT	07-CEP	08-CNAE 9430800	09-CNPJ / CEI Tomador / Obra																									
TRABALHADOR	10-PIS - PASEP 10022045896		11-Nome LUIZ CARLOS ALVES DE LIMA 03636																											
	12-Endereço (Logradouro, N°, Andar, Apartamento) RUA SANTO AMARO					13-Bairro CAROLINA																								
	14-Município Sorriso	15-UF MT	16-CEP	17-Carteira de Trabalho (N°, Série, UF) 0036183 / 000022 / MT																										
	18-CPF 03234658110	19-Data de Nascimento 22/02/1985	20-Nome da Mãe ANA LUCIA DE LIMA																											
CONTRATO	21-Remuneração p/ fins Rescisórios Sal.Base: 400,00 Férias Venc.: 400,00 13o.: 400,00 Férias Prop.: 400,00 A.Previs.: 400,00			22-Data Admissão 24/11/2009	23-Data A. Prévio	24-Data Afastamento 08/12/2009																								
	25-Causa do Afastamento Término de contrato de trabalho		26-Cód. Afastamento 04	27-Pensão Alimentícia (%)	28-Categoria do Trabalhador 1																									
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">PROVENTOS</th> <th>VALOR</th> <th colspan="2">DESCONTOS</th> <th>VALOR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0025</td> <td>1,00 FÉRIAS PROPORCIONAIS</td> <td>33,33</td> <td>0003</td> <td>8,00 I.N.S.S.</td> <td>22,40</td> </tr> <tr> <td>0063</td> <td>0,00 1/3 DE FÉRIAS RESCISÃO</td> <td>11,11</td> <td>0008</td> <td>1,00 FALTAS</td> <td>26,67</td> </tr> <tr> <td>0499</td> <td>0,00 SALÁRIO MENSAL</td> <td>306,67</td> <td colspan="3"></td> </tr> </tbody> </table>							PROVENTOS		VALOR	DESCONTOS		VALOR	0025	1,00 FÉRIAS PROPORCIONAIS	33,33	0003	8,00 I.N.S.S.	22,40	0063	0,00 1/3 DE FÉRIAS RESCISÃO	11,11	0008	1,00 FALTAS	26,67	0499	0,00 SALÁRIO MENSAL	306,67			
PROVENTOS		VALOR	DESCONTOS		VALOR																									
0025	1,00 FÉRIAS PROPORCIONAIS	33,33	0003	8,00 I.N.S.S.	22,40																									
0063	0,00 1/3 DE FÉRIAS RESCISÃO	11,11	0008	1,00 FALTAS	26,67																									
0499	0,00 SALÁRIO MENSAL	306,67																												

PROVENTOS: 351,11		DESCONTOS: 49,07		TOTAL LÍQUIDO: 302,04	
56-Local e Data do Recebimento Sorriso - MT, 09 de Dezembro de 2009			57-Carimbo e Assinatura do Empregador ou Preposto Isania Aparecida Procopio da Silva Gerente de RH CPF 571.329.761-68		
58-Assinatura do Trabalhador			59-Assinatura do Responsável legal do Trabalhador		
60-HOMOLOGAÇÃO Foi prestada, gratuitamente, assistência ao trabalhador, nos termos do artigo 477, & 1º, da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), sendo comprovado, neste ato, o efetivo pagamento das verbas rescisórias acima especificadas.			61-Digital do Trabalhador		
Local e Data			62-Digital do Responsável Legal		
Carimbo e Assinatura do Assistente			64-Recepção pelo Banco (Data e Carimbo)		
63-Identificação do Órgão Homologador					

A Assistência no ato de Rescisão Contratual é Gratuita

De: Depto Pessoal
Para: Depto Financeiro

Parceria: **PREFEITURA DE SORRISO**
Seção: **DEFESA E CONSERVACAO MEIO AMBIENTE**
Favorecido: **LUIZ CARLOS ALVES DE LIMA**

PAGAMENTO

Tótal TRCT: 302,04
Total GRFC: 22,40
Total Geral: 324,44

Forma de Pagamento

Banco:
Agencia:
C/C:
CPF: 032.346.581-10
Entrega: 09/12/2009

Data Pagamento: 08/12/2009

Assinatura do Solicitante

Assinatura do Financeiro



:: Retificação de Dados do Trabalhador - RDT

Nº Conta Empresa/Empregado/Base Conta: 09962501083282 / 00000336763 / MT
Categoria: 01

Tipo de Conta: Optante

Retificação efetuada em 15/01/2010, às 13:26:25 hs.

Dados Cadastrais do Trabalhador

Nome: LUIS CARLOS ALVES DE LIMA
Nome Anterior: LUIZ CARLOS ALVES LIMA

PIS/PASEP/NIT: 200.82438.30-1
PIS/PASEP/NIT Anterior: 100.22045.89-6

Data de Nascimento: 22/02/1985
Data de Nascimento Anterior: 22/02/1985

CTPS: 0036183
Data de Admissão: 24/11/2009

Série: 00022
Data de Opção: 24/11/2009

TERMO RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR	01-CNPJ / CEF 04.739.848/0001-98		02-Razão Social / Nome INSTITUTO DE DESENVOLVIMENTO DE PROGRAMAS - IDEP	
	03-Endereço (Logradouro, N°, Andar, Apartamento) AV PORTO ALEGRE 2525			04-Bairro CENTRO
	05-Município SORRISO	06-UF MT	07-CEP	08-CNAE 9430800

IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR	10-PIS - PASEP 10022045896		11-Nome LUIS CARLOS ALVES DE LIMA 03636	
	12-Endereço (Logradouro, N°, Andar, Apartamento) RUA SANTO AMARO			13-Bairro CAROLINA
	14-Município Sorriso	15-UF MT	16-CEP	17-Carteira de Trabalho (N°, Série, UF) 0036183 / 000022 / MT
	18-CPF 03234658110	19-Data de Nascimento 22/02/1985	20-Nome da Mãe ANA LUCIA ALVES DE LIMA	

DADOS DO CONTRATO	21-Remuneração p/ fins Rescisórios Sal. Base: 400,00 Férias Venc.: 400,00 13o.: 400,00 24/11/2009		22-Data Admissão	23-Data A. Prévio	24-Data Afastamento 08/12/2009
	Férias Prop.: 400,00 A. Prévio: 400,00				
25-Causa do Afastamento Término de contrato de trabalho		26-Cód. Afastamento 04	27-Pensão Alimentícia (%)	28-Categoria do Trabalhador I	

PROVENTOS		VALOR	DESCONTOS		VALOR
0025	1,00 FERIAS PROPORCIONAIS	33,33	0003	8,00 I.N.S.S.	22,40
0063	0,00 1/3 DE FERIAS RESCISAO	11,11	0008	1,00 FALTAS	26,67
0499	0,00 SALARIO MENSAL	306,67			

PROVENTOS:	351,11	DESCONTOS:	49,07	TOTAL LÍQUIDO:	302,04
------------	--------	------------	-------	----------------	--------

FORMATIZAÇÃO DA RESCISÃO	56-Local e Data do Recebimento Sorriso - Mt, 09 de Dezembro de 2009		57-Carimbo e Assinatura do Empregador <i>Alexandro Veiga</i> Coordenador Administrativo IDEP SORRISO Isania Aparecida Procopio da Silva Gerente de RH CPF 571.329.761-68	
	58-Assinatura do Trabalhador <i>Luis Carlos Alves de Lima</i>		59-Assinatura do Responsável legal do Trabalhador	
	60-HOMOLOGAÇÃO Foi prestada, gratuitamente, assistência ao trabalhador, nos termos do artigo 477, &1º, da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), sendo comprovado, neste ato, o efetivo pagamento das verbas rescisórias acima especificadas.		61-Digital do Trabalhador	
	Local e Data		62-Digital do Responsável Legal	
	Carimbo e Assinatura do Assistente			
	63-Identificação do Órgão Homologador		64-Recepção pelo Banco (Data e Carimbo)	

A Assistência no ato de Rescisão Contratual é Gratuita

TERMO RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR	01-CNPJ / CEI 04.739.848/0001-98		02-Razão Social / Nome INSTITUTO DE DESENVOLVIMENTO DE PROGRAMAS - IDEP	
	03-Endereço (Logradouro, N°, Andar, Apartamento) AV PORTO ALEGRE 2525			04-Bairro CENTRO
	05-Município SORRISO	06-UF MT	07-CEP	08-CNAE 9430800
IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR	10-PIS - PASEP 10022045896		11-Nome LUIS CARLOS ALVES DE LIMA 03636	
	12-Endereço (Logradouro, N°, Andar, Apartamento) RUA SANTO AMARO			13-Bairro CAROLINA
	14-Município Soriso	15-UF MT	16-CEP	17-Carteira de Trabalho (N°, Série, UF) 0036183 / 000022 / MT
	18-CPF 03234658110	19-Data de Nascimento 22/02/1985	20-Nome da Mãe ANA LUCIA ALVES DE LIMA	
DADOS DO CONTRATO	21-Remuneração p/ fins Rescisórios Sal.Base: 400,00 Férias Venc.: 400,00 13o.: 400,00 Férias Prop.: 400,00 A.Previso: 400,00		22-Data Admissão 24/11/2009	23-Data A. Prévio
	24-Data Afastamento 08/12/2009			
	25-Causa do Afastamento Término de contrato de trabalho	26-Cód. Afastamento 04	27-Pensão Alimentícia (%)	28-Categoria do Trabalhador 1

PROVENTOS		VALOR DESCONTOS		VALOR
0025	1,00 FÉRIAS PROPORCIONAIS	33,33	0003	8,00 I.N.S.S.
0063	0,00 1/3 DE FÉRIAS RESCISÃO	11,11	0008	1,00 FALTAS
0499	0,00 SALÁRIO MENSAL	306,67		

PROVENTOS: 351,11		DESCONTOS: 49,07		TOTAL LÍQUIDO: 302,04	
FORMALIZAÇÃO DA RESCISÃO	56-Local e Data do Recebimento Soriso - Mt, 09 de Dezembro de 2009		57-Carimbo e Assinatura do Empregador ou Representante <i>Alexandro Viegas</i> Coordenador Administrativo IDEP - SORRISO Isania Aparecida Procopio da Silva Gerente de RH CPF 571.329.761-68		
	58-Assinatura do Trabalhador <i>Luis Carlos Alves de Lima</i>		59-Assinatura do Responsável legal do Trabalhador		
	60-HOMOLOGAÇÃO Foi prestada, gratuitamente, assistência ao trabalhador, nos termos do artigo 477, §1º, da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), sendo comprovado, neste ato, o efetivo pagamento das verbas rescisórias acima especificadas.		61-Digital do Trabalhador		
	Local e Data		62-Digital do Responsável Legal		
	Carimbo e Assinatura do Assistente				
	63-Identificação do Órgão Homologador		64-Recepção pelo Banco (Data e Carimbo)		

A Assistência no ato de Rescisão Contratual é Gratuita

12
03.669.171/0001-04

CONTRATO DE TRABALHO

CERAMICA BELA VISTA LTDA

Empregador

Estrada dos Desbravadores, 3.800

CNPJ/MF Jardim Carolina Cep 78.890.800

Rua Sorriso Mato Grosso

Município Est.

Esp. do Estabelecimento

Cargo Arcamista

CBO nº

Data admissão 16 de junho de 2009

Registro nº Fls./Ficha 29

Remuneração especificada R\$ 650,00 + 16

(Quinhentos e cinquenta reais p/mês)

Ass. do empregador
1ª CERAMICA BELA VISTA LTDA

Data saída 21 de outubro de 2009

Ass. do empregador em cargo c/test.
1ª CERAMICA BELA VISTA LTDA

Com. Dispensa CD Nº

13
04.739.848/0001-98

CONTRATO DE TRABALHO

EMPREGADOR INSTITUTO DE DESENVOLVIMENTO
DE PROGRAMAS IDEP

Empregador

CNPJ/MF Rua Esmeralda, 869 Bosque da Saúde

Rua

Município CEP 78.050-050 CUIABA - MT

Esp. do Estabelecimento

Cargo Agente de Preservação e Conservação

CBO nº

Data admissão 24 de Novembro de 2009

Registro nº 3584 Fls./Ficha

Remuneração especificada R\$ 1.000,00 p/quinzena (Quatrocentos reais)

Ass. do empregador
1ª Alexandra Veiga
Coordenador Administrativo
Ass. do empregador em cargo c/test.

Data saída 08 de Dezembro de 2009

Ass. do empregador em cargo c/test.
1ª Alexandra Veiga
Coordenador Administrativo
Ass. do empregador em cargo c/test.

Com. Dispensa CD Nº

DECLARAÇÃO DE RECEBIMENTO DE CTPS

Eu, **LUIZ CARLOS ALVES LIMA**, declaro que recebi a CTPS n. 36183 série 00022/MT com as devidas anotações, na pag. 13, na presente data.

Sorriso, MT, 10 de Dezembro de 2009.

Luis Carlos Alves de Lima
LUIZ CARLOS ALVES LIMA

FOLHA PONTO



IDEP

Instituto de Desenvolvimento

SORRISO

Defesa e Conservação do Meio Ambiente

LUIZ CARLOS ALVES LIMA

AGENTE DE PRESERVAÇÃO E CONSERVAÇÃO

Período: 24/11/2009 A 08/12/2009

Horário: SEG A SEX 07:00 AS 11:00 - 13:00 AS 17:00

ENDEREÇO:

Rua: Esmeralda 669 Bosque da Saúde 78.050-050 Cuiabá - MT

CNPJ

FONE

EMAIL

04.739.848/0001-98 65-3648-1800 idep@idep-oscip.org.br

Dia	Jornada Diária de Trabalho			Assinatura	Horas Extraordinárias	
	Início	Intervalo	Término		Das	No. Horas
24/11/2009	6:59	11:03	12:05	17:08	Luiz Carlos	
25/11/2009	7:00	11:00	13:00	17:05	Luiz Carlos	
26/11/2009	7:05	11:10	13:02	17:00	Luiz Carlos	
27/11/2009	7:02	11:03	13:01	17:04	Luiz Carlos	
28/11/2009	Sab					
29/11/2009	Dom					
30/11/2009	6:58	11:02	13:00	17:00	Luiz Carlos	
01/12/2009	falta	-	-			
02/12/2009	7:03	11:05	13:00	17:03	Luiz Carlos	
03/12/2009	6:59	13:06	17:00		Luiz Carlos	
04/12/2009	7:00	10:59	13:02	17:02	Luiz Carlos	
05/12/2009	Sab					
06/12/2009	Dom					
07/12/2009	6:58	11:00	13:00	17:00		
08/12/2009	7:00	11:02	Atestado	Luiz Carlos		
TOTAL						

Declaro para os devidos fins de direito, que analisei e conferi as horas lançadas no meu cartão ponto, estando de acordo com as mesmas, por representarem o trabalho realmente prestado por minha pessoa durante o período, não havendo nada a reclamar.

Cuiabá-MT., ____/____/____

LUIZ CARLOS ALVES LIMA

Coordenador

DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO

Empresa		C.N.P.J	
INSTITUTO DE DESENVOLVIMENTO DE PROGRAMAS - IDEP		04.739.848/0001-98	
Registro	Nome		
03636	LUIS CARLOS ALVES DE LIMA		
Função	Salário	Ref.	Dependentes
AGENTE DE PRESERV. E	400,00	11 / 2009	0
Setor	Admissão		
DEFESA E CONSERVACAO MEIO AMBIENTE	24/11/2009		
Cód. Descrição	Ref.	Proventos	Descontos
0001 SALARIO MENSAL	46,67	93,33	
0003 I.N.S.S.	8,00		7,40
Totais		93,33	7,40
		LÍQUIDO	85,93

BASES

Sal.Base:	400,00	FGTS do Mês:	7,47
Base INSS:	93,33	Base IRRF:	93,33
Base FGTS:	93,33		

Luis Carlos Alves de Lima



SUS - Sistema Único de Saúde
Prefeitura Municipal de Sorriso
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

ATESTADO

Atesto para os devidos fins, a pedido que o(a) sr(a) _____

Luiz Carlos Lima

Foi atendido(a) P.S. José

Ident., ou Registro

do

-Clínica ou Serviço

no dia 08/12/09, das _____ horas às _____ horas, necessitando de 07

Hospital ou Ambulatório

(UM) dias de repouso, por motivo de doença.

Por Extenso

CID _____

POSTO DE SAÚDE
SÃO JOSÉ
SORRISO - MT

Assinatura do Paciente ou Responsável

Sorriso - 08 12 2009

Local e Data

[Assinatura]

Dr. Nelson Romão da Silva
CRM 4088 CIG 8710341801

Assinatura do Médico / Odontólogo
(Carimbo Contendo Nome Completo e Registro CRM/CRO)

NOTA - ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA FINALIDADES
PREVISTAS NO ART. 27 DE CLPS, APROVADA PELO DECRETO
Nº 89.312 DE 23/01/84, E RESOLUÇÃO CFM-1190/84 E SERÁ
EXPEDIDO PARA JUSTIFICATIVA DE 1 A 15 DIAS DE
AFASTAMENTO DO TRABALHO.

FICHA DE REGISTRO DE EMPREGADOS

EMPRESA: INSTITUTO DE DESENVOLVIMENTO DE PROGRAMAS - IDEP

CGC: 04.739.848/0001-98

ENDEREÇO:

NUMERO:

BAIRRO:

CIDADE:

CEP:

ESTADO:

EMISSÃO: 27/11/2009 16:57:05



Nome Funcionário: LUIZ CARLOS DO NASCIMENTO

Matrícula: 03604

No.Ordem: 18949

Filiação

Pai:

Mãe:

X OK

Cart. Profissional: 36424

Série: 00003 RO

Emissão: 16/10/1998

Cart. de Reservista:

Categoria:

Reg. Profis.:

Título de Eleitor: 003968052372

Zona: 043

Seção: 0126

C.P.F.: 312.405.692-20

PIS/PASEP: OK

Cadastro:

Cart. Habilit.

Categoria:

Identidade: 312.780

Órgão emissor: SSP RO

Emissão: 04/02/1987

Admissão: 24/11/2009

Opção FGTS: 24/11/2009

Forma Pagto.: Mensalista

Jornada: 200:00

Cargo: AGENTE DE PRESERV. E CONSERVAÇÃO

Seção: DEFESA E CONSERVACAO MEIO

Salário: 400,00

Sal. Hora: 2,00

DT.Nasc.: 19/05/1965

Estado Civil: Outros

Sexo: Masculino

Grau Instrução: Ensino médio completo

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: Tapira

Estado Natal: PR

QUANDO ESTRANGEIRO

Data Chegada:

Conjuge Brasileiro:

No. Cart. Identid.:

Tipo de Visto:

No. Reg. Geral:

No. Decreto:

Naturalizado: 0

Valid. Cart. Profis.:

Valid. Carteira de Trab.:

No. Filhos: 0

Endereço

Rua

Número

Bairro

Cidade

Rua PEDRO ALVARES CABRAL

325

CAROLINA

Sorriso

Férias

Período aquisitivo

Período de gozo

24/11/2009

23/11/2010

Alterações de Salário

Data

Salário

Motivo

24/11/2009

400,00

Admissão

Alterações de Cargo

Data

Função

24/11/2009

1385

AGENTE DE PRESERV. E CONSERVAÇÃO

Mudança de Seção

Data

Seção

24/11/2009

DEFESA E CONSERVACAO MEIO AMBIENTE

Data de Demissão

Assinatura do Empregador

Assinatura do Empregado

Cód. Afastamento

CONTRATO DE TRABALHO POR TEMPO DETERMINADO

Pelo presente instrumento particular, de um lado **INSTITUTO DE DESENVOLVIMENTO DE PROGRAMAS - IDEP**, pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, inscrita no CNPJ sob o nº. 04.973.848/001-98, com sede na Rua Esmeralda, nº. 669, bairro Bosque da Saúde, em Cuiabá/MT, representado pelo seu Presidente o Sr. Carlos Alberto Santana, doravante denominado **EMPREGADOR**, e de outro lado, **LUIZ CARLOS DO NASCIMENTO** portador da Carteira de Trabalho sob nº. 35434, série. 00003-RO, portador de Cédula de Identidade RG sob o nº. 312.780 e CPF nº. 312.405.692-20, doravante designado **EMPREGADO**, resolvem nesta data ajustar entre si, Contrato de Trabalho Por Prazo Determinado, que se regerá pelas condições estipuladas nas seguintes cláusulas:

Cláusula Primeira

O prazo do presente contrato será de **15 (Quinze) dias** a contar desta data e termo final em **08/12/2009**.

A critério do EMPREGADOR, podendo o presente contrato ser prorrogado por igual período. Findo este prazo o contrato ficará automaticamente rescindido, independentemente de qualquer notificação ou aviso prévio.

Findo o prazo previsto na cláusula anterior ou terminado o prazo de prorrogação, e não sendo o empregado dispensado, passará o contrato a vigorar por prazo indeterminado, respeitadas as condições abaixo estipuladas:

Cláusula Segunda

O empregado é contratado para exercer as funções de Agente de preservação e conservação ou quaisquer outros serviços compatíveis com seu cargo e atinentes à função para a qual ora é contratado.

Cláusula Terceira

A remuneração do empregado será de **R\$ 400,00 (Quatrocentos reais)**.

O pagamento da remuneração será efetuado até o 5º dia útil após o término do contrato.

O empregado autoriza o desconto em seus salários das importâncias que lhe forem adiantadas pelo empregador.

Cláusula Quarta

O empregado cumprirá a jornada de trabalho diária das 07:00 às 17:00, com intervalo de 02 (Duas) horas para alimentação e repouso, de segunda a sexta-feira. Se houver horas extras, estas serão pagas na forma da lei ou serão compensadas com repouso correspondente.

Cláusula Quinta

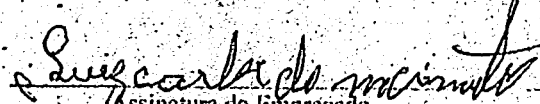
O empregado se obriga a respeitar as normas e praxe de serviço vigente.

Para o caso de rescisão do presente contrato antes do seu termo, aplicar-se-á as regras dos artigos 479 e 480 da Consolidação das Leis do Trabalho.

As partes elegem o Foro da Comarca de Sorriso/MT para dirimir quaisquer conflitos oriundos do presente contrato.

E, por estarem de acordo com todas estas condições, firmam o presente contrato, na presença de duas testemunhas.

Sorriso/MT, 24 de Novembro de 2009.


Assinatura do Empregado


Assinatura do Representante Administrativo
IDEP - SORRISO

Testemunhas:

1 -
CPF

2 -
CPF

[illegible]

Dr. N. Medicos 1211-
N. Medicos
SEMINARIO SUEA RAYON CDM MT 27071887
Medico Examinador

DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO

Empresa		C.N.P.J	
INSTITUTO DE DESENVOLVIMENTO DE PROGRAMAS - IDEP		04.739.848/0001-98	
Registro	Nome		
03604	LUIZ CARLOS DO NASCIMENTO		
Função	Salário	Ref.	Dependentes
AGENTE DE PRESERV. E	400,00	11 / 2009	0
Salor		Admissão	
DEFESA E CONSERVACAO MEIO AMBIENTE		24/11/2009	
Cód. Descrição	Ref.	Proventos	Descontos
0001 SALARIO MENSAL	46,67	93,33	
0003 I.N.S.S.	8,00		7,46
Totals		93,33	7,46
		LÍQUIDO	85,87

BASES

Sal.Base:	400,00	FGTS do Mês:	7,47
Base INSS:	93,33	Base IRRF:	93,33
Base FGTS:	93,33		

Luiz Carlos do Nascimento

TERMO RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR	01-CNPJ / CEI 04.739.848/0001-98		02-Razão Social / Nome INSTITUTO DE DESENVOLVIMENTO DE PROGRAMAS - IDEP	
	03-Endereço (Logradouro, N°, Andar, Apartamento) AV PORTO ALEGRE 2525			04-Bairro CENTRO
	05-Município SORRISO	06-UF MT	07-CEP	08-CNAE 9430800
	09-CNPJ / CEI Tomador / Obra			
IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR	10-PIS - PASEP 12445108472		11-Nome LUIZ CARLOS DO NASCIMENTO 03604	
	12-Endereço (Logradouro, N°, Andar, Apartamento) Rua PEDRO ALVARES CABRAL 325			13-Bairro CAROLINA
	14-Município Soriso	15-UF MT	16-CEP	17-Carteira de Trabalho (N°, Série, UF) 0036424 / 000003 / RO
	18-CPF 31240569220	19-Data de Nascimento 19/05/1965	20-Nome da Mãe NEUSA DE LOURDES DA SILVA	
DADOS DO CONTRATO	21-Remuneração p/ fins Rescisórios Sal.Base: 400,00 Férias Venc.: 400,00 13o.: 400,00 Férias Prop.: 400,00 A.Previd.: 400,00		22-Data Admissão 24/11/2009	23-Data A. Prévio
	24-Data Afastamento 08/12/2009			
	25-Causa do Afastamento Término de contrato de trabalho	26-Cód. Afastamento 04	27-Pensão Alimentícia (%)	28-Categoria do Trabalhador I

PROVENTOS		VALOR DESCONTOS		VALOR
0025	1,00 FERIAS PROPORCIONAIS	33,33	0003	8,00 I.N.S.S.
0063	0,00 1/3 DE FERIAS RESCISAO	11,11		24,53
0499	0,00 SALARIO MENSAL	306,67		

PROVENTOS:	351,11	DESCONTOS:	24,53	TOTAL LÍQUIDO:	326,58
------------	--------	------------	-------	----------------	--------

FORMALIZAÇÃO DA RESCISÃO	56-Local e Data do Recebimento Soriso - Mt, 09 de Dezembro de 2009	57-Carimbo e Assinatura do Empregador ou Preposto <i>Alexandro Veiga</i> Coordenador Administrativo IDEP SORRISO Isania Aparecida Procopio da Silva Gerente de RH CPF 571.329.761-68	
	58-Assinatura do Trabalhador <i>Luiz Carlos do Nascimento</i>	59-Assinatura do Responsável legal do Trabalhador	
	60-HOMOLOGAÇÃO Foi prestada, gratuitamente, assistência ao trabalhador, nos termos do artigo 477, §1º, da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), sendo comprovado, neste ato, o efetivo pagamento das verbas rescisórias acima especificadas.	61-Digital do Trabalhador	
	Local e Data	62-Digital do Responsável Legal	
	Carimbo e Assinatura do Assistente		
	63-Identificação do Órgão Homologador	64-Recepção pelo Banco (Data e Carimbo)	

A Assistência no ato de Rescisão Contratual é Gratuita

Comp 048 Banco 399 Agência 0943 C1 0 N° da Conta 0943 00173 6 0 C2 OSK N° do cheque 000723 C3 4 R5 (412,45)

Pague-se por este cheque a quantia de QUATROCENTOS E DOZE REAIS E QUARENTA E CINCO CENTAVOS XXXXXXXXXX

LUIZ CARLOS DOS NASCIMENTO

HSBC

CUIABA 09 DEZEMBRO de 2009

SORRISO-MT
AV NATALINO J BRESANSIN 321 TEL 3544-1266

Juridica

INSTITUTO DE DESENVOLVIMENTO DE
PROGRAMAS IDEP
CNPJ 04739848 0001 88
CLIENTE BANCÁRIO DESDE 09/2009

R\$ 412,45

000009439 06300072354 709430017369



INSTITUTO DE DESENVOLVIMENTO DE PROGRAMAS - IDEP
DEPARTAMENTO FINANCEIRO
HISTÓRICO DE DESPESAS

DATA: 09/12/2009.

Forma de Pagamento: Cheque.

Banco	HSBC
Conta	00173-60
Termo	Meio Ambiente

Histórico: Pagamento Salário Novembro e rescisão contratual.

Termo: Sorriso - Meio Ambiente

DATA	NOMINAL	N° DOC	VALOR
09/12/2009	Luiz Carlos do Nascimento	000723	R\$ 412,45

CARLOS ALBERTO SANTANA
PRESIDENTE

De: Depto Pessoal
Para: Depto Financeiro

Parceria: PREFEITURA DE SORRISO
Seção: DEFESA E CONSERVACAO MEIO AMBIENTE
Favorecido: LUIZ CARLOS DO NASCIMENTO

PAGAMENTO

Total TRCT: 326,58
Total GRFC: 24,53
Total Geral: 351,11

Forma de Pagamento

Banco:
Agencia:
C/C:
CPF: 312.405.692-20
Entrega: 09/12/2009

Data Pagamento: 08/12/2009

Assinatura do Solicitante

Assinatura do Financeiro

LANÇADOS

16

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador

04.739.848/0001-98

INSTITUTO DE DESENVOLVIMENTO
DE PROGRAMAS IDEP

CGC/MF

Rua

Rua Esmeralda, 669, Bosque da Saúde

Município

CEP 78.050-050 CUIABÁ - MT

Esp. do estabelecimento

Cargo

Ag. de Preservação e

Comunicação

CBO nº

Data admissão

24 de Novembro de 19 2009

Registro nº

8585

Fls./Ficha

Remuneração especificada

R\$ 400,00 1ª quin

zena (Quinhentos reais)

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

Alexandro Veiga

Coordenador Administrativo

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

Alexandro Veiga

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

Alexandro Veiga

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

Alexandro Veiga

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

Alexandro Veiga

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

Alexandro Veiga

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

Alexandro Veiga

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

Alexandro Veiga

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

Alexandro Veiga

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

Alexandro Veiga

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

Alexandro Veiga

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

Alexandro Veiga

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

Alexandro Veiga

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

Alexandro Veiga

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

Alexandro Veiga

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

Alexandro Veiga

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

Alexandro Veiga

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

Alexandro Veiga

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

Alexandro Veiga

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

Alexandro Veiga

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

Alexandro Veiga

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

Alexandro Veiga

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

Alexandro Veiga

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

Alexandro Veiga

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

Alexandro Veiga

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

Alexandro Veiga

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

Alexandro Veiga

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

Alexandro Veiga

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

Alexandro Veiga

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

Alexandro Veiga

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

Alexandro Veiga

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

Alexandro Veiga

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

Alexandro Veiga

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

Alexandro Veiga

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

Alexandro Veiga

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

Alexandro Veiga

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

Alexandro Veiga

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

Alexandro Veiga

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

Alexandro Veiga

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

Alexandro Veiga

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

Alexandro Veiga

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

Alexandro Veiga

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

Alexandro Veiga

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

Alexandro Veiga

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

Alexandro Veiga

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

Alexandro Veiga

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

Alexandro Veiga

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

Alexandro Veiga

CONTRATO DE TRABALHO

17

Empregador

CGC/MF

Rua

Município

Esp. do estabelecimento

Cargo

Data admissão

Registro nº

Remuneração especificada

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

DECLARAÇÃO DE RECEBIMENTO DE CTPS

Eu, LUIZ CARLOS DO NASCIMENTO, declaro que recebi a CTPS n 35434 série
00003/RO com as devidas anotações, na pag. 16, na presente data.

Sorriso, MT, 10 de Dezembro de 2009.

Luiz Carlos do Nascimento
LUIZ CARLOS DO NASCIMENTO

PROCEDIMENTOS PARA PREENCHIMENTO

1) A folha ponto deverá ser preenchida em todos os campos, conforme orientação abaixo:

A) No campo de jornada diária de trabalho, deverá ser preenchido os intervalos entre a jornada de trabalho.

Exemplo: 08:00 - 12:00 14:00 - 18:00

B) Deverá constar a rubrica do empregado nos dias de trabalho, e no final do mês sua assinatura.

C) Em caso de jornadas extraordinárias, deverá ser preenchido o horário do início e término, lançando o número total de horas executadas, as quais deverão estar devidamente autorizadas.

CÓDIGOS DE AUSÊNCIAS AO SERVIÇO

2) Abaixo relacionamos os códigos que deverão ser lançados nas ocasiões em que ocorrer:

02 - Acidente do Trabalho

03 - Serviço Militar

04 - Licença Maternidade

05 - Doença

14 - Faltas Abonadas

0008 - Faltas Injustificadas

0041 - Férias

0112 - Licença Remunerada

0399 - Atestado Médico

0397 - Faltas Justificadas

Autorizo o desconto das minhas ausências em folha de pagamento conforme anotações constantes da Folha Ponto.

Luiz Carlos do Nascimento

FOLHA PONTO



IDEP

Instituto de Desenvolvimento de Programas
SORRISO

Defesa e Conservação do Meio Ambiente

LUIZ CARLOS DO NASCIMENTO

AGENTE DE PRESERVAÇÃO E CONSERVAÇÃO

Período: 25/11/2009 A 09/12/2009

Horário: SEG A SEX 07:00 AS 11:00 - 13:00 AS 17:00

ENDEREÇO:

Rua: Esmeralda, 669 - Bosque da Saúde - 78.050-050 - Cuiabá-MT

CNPJ

FONE

EMAIL

04.739.848/0001-98 65-3648-1800 idep@idep-oscip.org.br

Dia	Jornada Diária de Trabalho			Assinatura	Horas Extraordinárias	
	Início	Intervalo	Término		Das	No. Horas
24/11/2009	07.00	11.00	13.00	17.00	Luiz Carlos	
25/11/2009	07.00	11.00	13.00	17.00	Luiz Carlos	
26/11/2009	07.00	11.00	13.00	17.00	Luiz Carlos	
27/11/2009	07.00	11.00	13.00	17.00	Luiz Carlos	
28/11/2009	-			-		
29/11/2009	-			-		
30/11/2009	7.00	11.00	13.00	17.00	Luiz Carlos	
1/12/2009	7.00	11.30	13.00	17.00	Luiz Carlos	
2/12/2009	7.00	11.00	13.00	17.00	Luiz Carlos	
3/12/2009	7.00	11.00	13.00	17.00	Luiz Carlos	
4/12/2009	7.00	11.00	13.00	17.00	Luiz Carlos	
5/12/2009	-			-		
6/12/2009	-			-		
7/12/2009	07.00	11.00	13.00	17.00	Luiz Carlos	
8/12/2009	07.00	11.00	13.00	17.00	Luiz Carlos	

Declaro para os devidos fins de direito, que analisei e conferi as horas lançadas no meu cartão ponto, estando de acordo com as mesmas, por representarem o trabalho realmente prestado por minha pessoa durante o período, não havendo nada a reclamar.
Cuiabá-MT, 08/12/2009.

Luiz Carlos do Nascimento

Adriana Liden Sahn
Coordenador

PROCEDIMENTOS PARA PREENCHIMENTO

1) A folha ponto deverá ser preenchida em todos os campos, conforme orientação abaixo:

A) No campo de jornada diária de trabalho, deverá ser preenchido os intervalos entre a jornada de trabalho.

Exemplo: 08:00 - 12:00; 14:00 - 18:00

B) Deverá constar a rubrica do empregado nos dias de trabalho, e no final do mês sua assinatura.

C) Em caso de jornadas extraordinárias, deverá ser preenchido o horário do início e término, lançando o número total de horas executadas, as quais deverão estar devidamente autorizadas.

CÓDIGOS DE AUSÊNCIAS AO SERVIÇO

2) Abaixo relacionamos os códigos que deverão ser lançados nas ocasiões em que ocorrer:

02 - Acidente do Trabalho

03 - Serviço Militar

04 - Licença Maternidade

05 - Doença

14 - Faltas Abonadas

0008 - Faltas Injustificadas

0041 - Férias

0112 - Licença Remunerada

0399 - Atestado Médico

0397 - Faltas Justificadas

Autorizo o desconto das minhas ausências em folha de pagamento conforme anotações constantes da Folha Ponto.

Luiz Carlos da Mota