

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO GOIÁS
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO, CULTURA E ESPORTE



CENTRO EDUCACIONAL ATENEU	NOME DO ESTABELECIMENTO DE ENSINO	ESTADO DE GOIÁS
RUA - 01 N.º 04 - ÁREA ESPECIAL - SETOR-CENTRAL	ENDEREÇO COMPLETO	SECRETARIA DE EDUCAÇÃO E CULTURA
SOCIEDADE ATENEU EDUCACIONAL LTDA	NOME DA ENTIDADE MANTENEDORA	SOCIEDADE ATENEU EDUCACIONAL
RECONHECIDO PELA PORTARIA N.º 113 DE 22 DE DEZEMBRO DE 1983 SEC-00	ATO, N.º DATA, ÓRGÃO DO PODER PÚBLICO QUE AUTORIZOU OU RECONHECEU O FUNCIONAMENTO	Rua 01 N.º 04 Área Especial
		Lei de Criação n.º 9.977/83
		Aut. De Funcionamento n.º 203/83
		Ensino Fundamental de 5.º a 8.º Série
		Ensino Médio de 1.º ao 3.º ano.
		Ensino Profissionalizante
		Portaria n.º 113/83

O DIRETOR DO CENTRO EDUCACIONAL ATENEU

CONFERE A NILTON RODRIGO RIBEIRO DA SILVA

BRASILEIRA

CARTEIRA DE IDENTIDADE N.º 1.722.763

EXPEDIDA POR SSP/MT

NATURAL DE ALTA FLORESTA

UNIDADE DA FEDERAÇÃO MT.

NASCIDO EM 22 DE JUNHO DE 1988

O PRESENTE CERTIFICADO

DE 08 DE DEZEMBRO DE 2006 O ENSINO MÉDIO (2º GRAU) VIA-SUPLETIVO/EJA

POR HAVER CONCLUÍDO EM 08 DE DEZEMBRO DE 2006 O ENSINO MÉDIO (2º GRAU) VIA-SUPLETIVO/EJA

HABILITAÇÃO PROFISSIONAL QUANDO HOUVER

TÍTULO PROFISSIONAL

FUNDAMENTAÇÃO LEGAL ARTIGO 16 ALÍNEA "A" DA LEI N.º 7.044/82 - COM A REDAÇÃO DADA PELA LEI N.º 9.394/96 DOS ARTIGO N.ºs 24 e 28 - PARECER N.º 255/81 CEE-GO E PORTARIA N.º 113 DE DEZEMBRO DE 1983 SEC-00.

GOIÂNIA - GO 18 DE Dezembro DE 2006

[Assinatura]

DIRETOR(A)
Prof. José da Silva Rocha

Attestado
Centro Educacional ATENEU
At. n.º 203/83

Attestado

CURSO OU HABILITAÇÃO: ENSINO MÉDIO - 1º AO 3º ANO		VIDE OBSERVAÇÕES		NILTON RODRIGO RIBEIRO DA SILVA	
CURSO ANTERIORES E ANO DE CONCLUSÃO		*****		TITULADO	
ESTABELECIMENTO		*****		Título registrado nos termos da Lei nº 9394 de 20 de dezembro 1996 - resolução do Conselho Estadual de Educação nº 568 de 22 de julho de 1999 e parecer CEE/GO nº 70/89.	
LOCALIDADE E UNIDADE DA FEDERAÇÃO		*****		Registro Nº <u>36725</u>	
OBSERVAÇÕES:		*****		Folhas Nº <u>136</u>	
* Dispensado de educação física de acordo com o parágrafo terceiro da lei nº 9.394/96 artigo 26.		*****		Livro Nº <u>048</u>	
* SOCIEDADE ATENEU EDUCACIONAL /EJA Educação de Jovens e Adultos.		*****		Goiânia - GO 18 / 12 / 2006	
* 2ª Via solicitada pelo aluno.		*****		Registro Publicado D.O.E Nº <u>20-137</u> de <u>18 / 12 / 2006</u>	
 ESTADO DE GOIÁS Secretaria de Estado da Educação Superintendência de Educação à Distância e Continuada Tendo conferido as avaliações constantes deste documento referentes ao Ensino Médio, declaramos sua regularidade. Goiânia, <u>13</u> de <u>junho</u> de <u>2007</u>. <i>Janilda Camilo de Oliveira</i> CONFIRMAÇÃO DIRETORA DE ORG FUNC EXP E AUTENTICAÇÃO DE CERTIFICADOS		Janilda Camilo de Oliveira Divisão de Org. Func. Exp. e Autenticação de Certificados Diretora Port. nº 2394/03			
TOTAL DE HORAS DA PARTE EDUCACIONAL		2.545h			
***** *****					
TOTAL SEMPRE LER HORAS					

RESIDENCIAIS OLIVEIRA

O jeito fácil de morar

Contrato Particular de Locação

Pelo presente instrumento de locação e na melhor forma de direito de um lado como locadores os Sr JERONIMO JESUS DE OLIVEIRA casado cabeleireiro CPF 604 570 071-68 RG 10652370 SSP MT Sr(a) Iradima Zacarias de Borba Oliveira, casada dólar, portador do CPF sob nº 918 899 951-34 CT 49485 serie 00043 residentes e domiciliados a Rua Manoel da Nóbrega N 190 Bairro Bela Vista, nesta cidade de Sorriso/MT.

E de outro lado como locatários os Srs(a) Maria Jose Avila Baqolin brasileiro(a) casada(a) Operadora de Caixa Inscrito no CPF 020.214.171-31 e RG 2007312-7 e Nilton Rodrigo Ribeiro da Silva brasileiro casado tecnico em informatica e arbitrio esportivo, CPF 024 292 601-07 RG 1722762-3 ssp MT localizado na R Manoel da Nóbrega N 190 36-02, nesta cidade Sorriso/MT. Pelo presente, contrata aluga sob as seguintes cláusulas e condições a seguir enumeradas:

Cláusula 1ª- O objeto do presente contrato de locação é uma KIT NET de Alvenaria medindo 31.01 m2, localizado na Rua R Manoel de Nóbrega N 190 kit net N 36-02 Bairro Bela Vista, nesta cidade de Sorriso/MT. Exclusivamente para de moradia.

Cláusula 2ª- O prazo da locação é de 8 Meses a iniciar em 05 de abril 2009 e terminar em 05 de dezembro 2009 data em que o LOCATARIO se obriga a **restituir o imóvel desocupado** ou de outra forma a renovar expressamente o novo contrato.

Cláusula 3ª- O valor do aluguel é de R\$ 300,00 (trezentos reais) mensais, que será corrigido no índice do IGP e IQC o LOCATARIO se compromete a pagar pontualmente até o dia 05 de cada mês no escritório local. O comprovante do pagamento dos alugueis e demais encargos far-se-á, mediante a apresentação dos respectivos recibos sendo que de posse do último recibo não quita débitos anteriores. Quando o atraso do pagamento do aluguel mensal ultrapassar 20 (vinte) dias do prazo, o LOCATARIO terá mais 10 (dez) dias para desocupar o imóvel com quitação do contrato. São motivos para rescisão antecipada do presente contrato de locação o não pagamento do referido aluguel ou o descumprimento de qualquer das cláusulas aqui expressas.

Cláusula 4ª- Os consumos de , luz e de telefone, assim como todos os encargo e tributos IPTU que incidam ou venham a incidir sobre o imóvel, conservação, ficam a cargo do LOCATARIO.

Cláusula 5ª- O aluguel será pago sempre antecipadamente no dia 05 de cada mês, ou impreterivelmente ate 5 dias após o vencimento. Após este prazo, se não forem cumpridas todas as cláusulas deste lo LOCADOR ajuizar a competente **ação de despejo** ou executiva de cobrança.

Cláusula 6ª- O LOCATARIO, salvo as obras que importem na segurança do imóvel obriga-se por todas as outras devendo trazer o imóvel locado em boas condições de higiene e limpeza, com aparelhos sanitários e de iluminação, pinturas, telhas, portas vidraças, mármore, cerâmicas, fechos, torneiras, pias, banheiros, ralo e demais acessórios em perfeito estado de conservação e funcionamento, para assim restitui-los quando findo ou rescindido este contrato, sem direito a obtenção ou indenização por quaisquer benfeitorias ainda que necessárias as quais ficarão desde logo incorporadas ao imóvel.

PARAGRAFO PRIMEIRO. O locador não se responsabiliza por danos ou roubos de veículo.

Residenciais Oliveira

O JEITO FÁCIL DE MORAR

CEP: 15011-000 Fone: 3541 9722 / 3541 9723

Cláusula 7ª- Obriga-se o LOCATÁRIO a satisfazer todas as exigências das autoridades federais, estaduais, e municipais e do locador.

Cláusula 8ª- Como mencionado na Cláusula 8ª, o LOCATÁRIO deve:

-PARÁGRAFO PRIMEIRO: o locatário não deve se embriagar para não dar trabalho aos moradores e nem escândalo ao condomínio.

-PARÁGRAFO SEGUNDO: Não ter som televisão, radio etc... excessivo, só som a ambiente, pois o som alto incomodará os vizinhos.

-PARÁGRAFO TERCEIRO: Não ter animais de estimação percorrendo no pátio salvo se fechado dentro da kit Net

-PARÁGRAFO QUARTO: as festinhas locais só são permitidas até as Hs 22:00 caso o seja desconprida este parágrafo será chamado as autoridades locais para dar as devidas providências necessárias.

-PARÁGRAFO QUINTO: Os gastos de água e luz devem ser reduzidos no mínimo possíveis, não deixando lâmpadas acesas e torneiras abertas desnecessariamente.

-PARÁGRAFO SEXTO: O lixo deve ser colocado em sacolas e na lixeira no local de coleta.

-PARÁGRAFO SETIMO: Os locatários não devem deixar seus filhos entrar ou adejar nas outras KIT NETES, pois incomodará os vizinhos

-PARÁGRAFO OITAVO: O locatário não deve usar o condomínio para atos de prostituição.

-PARÁGRAFO NONO: as discursões e acertos reconciliações dos casais devem sr feitas embaixo de de vos para não incomodar e dar escândalo ao condomínio.

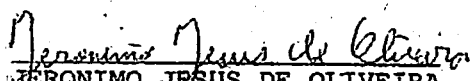
CLÁUSULA 9ª- Não é permitido a transferência deste contrato nem a sub-locação, cessão ou empréstimo total ou parcial do imóvel, sem prévio consentimento por escrito do locador. Igualmente não é permitido fazer modificações, transformações no imóvel, sem autorização escrita do LOCADOR. O LOCATÁRIO, desde já faculta ao LOCADOR ou seu representante, examinar ou vistoriar o imóvel locado quando entender conveniente.

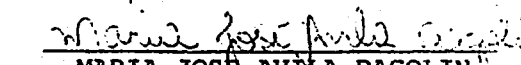
CLÁUSULA 10ª- O LOCADOR não será responsabilizado por roubos, danos com infiltrações de água em móveis e utensílios e produtos de venda dos LOCATÁRIOS mesmo em casos de vendavais ou FENOMENO DA NATUREZA outras causas que possa surgir.

CLÁUSULA 11ª- As partes elegem o Foro da comarca de Sorriso/MT. Desistindo de qualquer outro por mais privilegiado que o seja, para dirimir qualquer dúvida inerentes ao presente contrato, para que nele se exercite e cumpra todos os direitos e obrigações deste contrato. Em qualquer procedimento judicial que o LOCATÁRIO der causa, correrão por sua conta, além de principalmente todas as custas e despesas dessa medida e honorários advocatícios, mesmo em caso de purgação de mora.

E por estarem assim justos e contrátos, assinam o presente instrumento, em duas vias de igual teor e forma, para fins de direito, juntamente com duas testemunhas idôneas, que a tudo estiveram presentes e confirmaram o presente contrato, que após lido e achado conforme, foi devidamente assinado.

Sorriso MT. 05 de abril de 2009


JERONIMO JESUS DE OLIVEIRA
IRADIMA Z.B. OLIVEIRA
Locadores


MARIA JOSÉ ÁVILA BAGOLIN
Nilton Rodrigo Ribeiro da Silva
locatários



PRD LAZARO SERVICO DE MEDICINA CIRURGICAL 90-23/11/2009-17:18:19
SUA ZILDA RENTIL 109 - CENTRO-SERVID/MF- CPT 02.480.730/0001-82
*** ATESTADO DE SAUDE OCUPACIONAL ***

Empresário INSTITUTO DE DESARROLHO DE PROGRESSO/OUTRA
Funcionário: MILTON RODRIGUES DA SILVA
Função: ATENÇÃO DIRETOR DEBSE
Rec: 17/27/03-3 558-HI
Setor: II
Natural de ALTA FLORESTA
Estado: MATO GROSSO
Razão: ZILDA CARVALHO SALES
Idade: 21 anos
Rasc: 12/05/1988
Grau de Risco: 2
Risco Específico: ACIDENTE/ENFERMIDADE
Em cumprimento a legislação trabalhista, art. 168 e 169 da Seção V do capítulo II da CLT, leis no. 7355/89 e 6514/77
portaria 3214/78 (NR) e portaria no. 29 de 19.12.94 (PUNSO). Atento que o(a) funcionário(a) acima citado(a) foi clínica-
mente examinado(a), sendo que goza no momento de saúde física e mental e não é portador de doença infecciosa-contagiosa
constatável no exame clínico, sendo considerado:

CRITÉRIOS MÉDICOS
USO OBRIGATORIO DE EQUIP. DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL DE ACORDO COM A FUNÇÃO E CONDIÇÃO NR6
APTO PARA A FUNÇÃO

O exame médico realizado consta dos anamneses 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 VISÃO VISUAL em 23/11/2009
OBSERVADO: 11/2009
NÃO PRECISA DE APOIO VISUAL
Assinatura: [Assinatura]
Data: 23/11/2009
Dr. Nivaldo S. Ramos
Médico do Trabalho
CRM-2704-MT

Assinatura: [Assinatura]
Data: 23/11/2009
Médico do Trabalho
CRM-2704-MT



Instituto de
Desenvolvimento
de Programas

Declaração de Recebimento de Crachá de Identificação

Parceria: SORRISO

Nome: NILTON RODRIGO RIBEIRO DA SILVA

Cargo: AGENTE DE COMBATE À DENGUE

Sector: COMBATE A DENGUE

Crachá: 03646

RECEBI EM

21 JAN 2010

Afirmo que recebi do Instituto de Desenvolvimento de Programas - IDEP, 1 (um) crachá de identificação.

Declaro estar ciente e de acordo que, se necessário à confecção da 2ª via do crachá de identificação por perda ou dano intencional, será descontado a importância de R\$ 15,00 (quinze reais) dos meus proventos salariais.

Sem mais.

Cuiabá - MT,

28/10/2010

Ass. Declarante

2ª Via

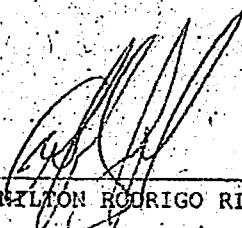
DECLARAÇÃO

Eu, NILTON RODRIGO RIBEIRO DA SILVA, Brasileira, Solteiro,
AGENTE DE COMBATE À DENGUE portador da cédula de Identidade RG, n.º
17227623 SSP, inscrito no CPF sob 02429260107, residente e domiciliado
na MANOEL DMT REGA 190 BELA VISTA 78890000 SORRISO MT
DECLARO, para os devidos fins de direito, que não exerço cargo, função
emprego em qualquer Ente Público ou Empresa Privada que tenha natureza
incompatível ou exija exclusividade no exercício da Atividade.

Após a presente data, caso venha a exercer qualquer atividade de natureza
exclusiva ou incompatível, em qualquer Ente Público ou Empresa Privada,
comprometo-me a comunicar o fato imediatamente ao Instituto de
Desenvolvimento de Programas - IDEP, para devida rescisão do meu contrato de
trabalho, sob pena de incorrer-me no crime de falsidade ideológica previsto
no artigo 299 do Código Penal e declaração de nulidade do contrato de
trabalho conforme artigo 167, §1, inciso II do Código Civil, como também,
a devolução dos valores recebidos decorrente do contrato nulo.

Por ser a expressão da verdade assumo inteira responsabilidade por
esta Declaração ora prestada, sob as penas da lei.

Cuiabá-MT, 29 de dezembro de 2009



NILTON RODRIGO RIBEIRO DA SILVA

ACORDO P/ COMP. DE HORAS DE TRABALHO

Entre INSTITUTO DE DESENVOLVIMENTO DE PROGRAMAS - IDEP estabelecida em SORRISO MT

Rua/Av.: AV PORTO ALEGRE

2525

e seu empregado abaixo assinado, portador da CTPS No. 040746 - 00020 MT fica convencionado de acordo com o disposto do Art. 59o. e seu Par. 2o. (Aprovado pelo Decreto Lei No. 5452 de 1o. de Maio de 1943 da CLT), que o horário normal de trabalho será o seguinte:

Perfazendo o total de 40 horas semanais.

E por estarem de pleno acordo, as partes contratantes assinam o presente acordo em duas vias, o qual vigorará até o FIM DO VÍNCULO EMPREGATÍCIO.

SORRISO

MT., 24 de novembro de 2009

03646

NILTON RODRIGO RIBEIRO DA SILVA

INSTITUTO DE DESENVOLVIMENTO DE PROGRAMAS -
IDEP

ACORDO P/PRORROG. DE HORAS DE TRABALHO

Entre INSTITUTO DE DESENVOLVIMENTO DE PROGRAMAS - IDEP estabelecida em SORRISO MT

Rua/Av.: AV PORTO ALEGRE

2525

e seu empregado abaixo assinado, portador da CTPS No. 040746 - 00020 MT fica convencionado de acordo com o disposto do Art. 59o. e seu Par. 2o. (Aprovado pelo Decreto Lei No. 5452 de 1o. de Maio de 1943 da CLT), que o horário normal de trabalho será o seguinte:

- A) A duração do trabalho diário, será prorrogado por mais 02:00, sendo consideradas extraordinárias e pagas com acréscimo as horas que excederem as do Horário Normal de Trabalho 40 horas semanais.
- B) Fica assim fixada a importância da remuneração:
Sal. Hora Normal: 3,77 (TRES E SETENTA E SETE)
Sal. Hora Extraordinário: 5,65 (CINCO E SESSENTA E CINCO)

E por estarem de pleno acordo, as partes contratantes assinam o presente acordo em duas vias, o qual vigorará até o FIM DO VÍNCULO EMPREGATÍCIO.

SORRISO

MT., 24 de novembro de 2009

03646

NILTON RODRIGO RIBEIRO DA SILVA

INSTITUTO DE DESENVOLVIMENTO DE PROGRAMAS -
IDEP

INSTITUTO DE DESENVOLVIMENTO DE PROGRAMAS - IDEP

AV PORTO ALEGRE

2525

04.739.848/0001-98

SORRISO

MT

Comprovante de Devolução da CTPS

Motivo: ☒ Admissão () Férias () Demissão () Outros

Loja: IDEP

Nome

NILTON RODRIGO RIBEIRO DA SILVA

CTPS/Série

040746 / 000020 - MT

Função:

AGENTE DE COMBATE À DENGUE

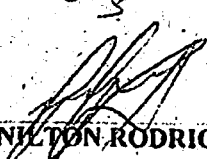
03646

Recebi em devolução a CTPS acima, com as respectivas anotações.

SORRISO

MT

30 de **Dezembro** de **2009**


NILTON RODRIGO RIBEIRO DA SILVA

CONTRATO DE TRABALHO A TÍTULO DE EXPERIÊNCIA

Por este instrumento particular, que entre si fazem a firma INSTITUTO DE DESENVOLVIMENTO DE PROGRAMAS - IDEP, com sede em CUIABÁ, a rua EMERALDA n. 669, CNPJ 04.739.848/0001-98 doravante denominada simplesmente EMPREGADORA e o Sr. NILTON RODRIGO RIBEIRO DA SILVA portador da carteira profissional nº 40746 série 06020 inscrito no CPF sob nº 2429260107 doravante chamado simplesmente "Empregado", firmam o presente CONTRATO DE EXPERIÊNCIA, que terá vigência a partir da data de início da prestação de serviços, de acordo com as condições a seguir especificadas.

1)- Fica o EMPREGADO admitido no quadro de funcionários da EMPREGADORA para exercer a função de AGENTE DE COMBATE À mediante a remuneração de R\$753,71 SETECENTOS E CINQUENTA E por mês.

A circunstância, porém, de ser a função especificada não importa na intransferibilidade do EMPREGADO para outro serviço, no qual demonstre melhor capacidade de adaptação desde que compatível com sua condição pessoal.

2)- O horário de trabalho será montado na sua ficha de registro e a eventual redução de jornada, por determinação da EMPREGADORA, não inovará este ajuste, permanecendo sempre íntegra a obrigação do EMPREGADO de cumprir o horário que lhe for determinado observando o limite legal.

3)- Obriga-se também o EMPREGADO a prestar serviços em horas extraordinárias, sempre que lhe for determinado pela EMPREGADORA na forma prevista em Lei. Na hipótese desta faculdade pela EMPREGADORA, o EMPREGADO receberá as horas extraordinárias com o acréscimo legal, salvo a ocorrência de compensação, com a consequente redução da jornada de trabalho em outro dia.

4)- Aceita o EMPREGADO, expressamente, a condição de prestar serviços em qualquer dos turnos de trabalho, isto é, tanto durante o dia como noite, desde que sem simultaneidade, observados as prescrições legais reguladoras do assunto, quanto a remuneração.

5)- Fica ajustado nos termos em que dispõe o § 1º do Artigo 469 da Consolidação das Leis de Trabalho, que o EMPREGADO acatará ordem emanada da EMPREGADORA para a prestação de serviços tanto na localidade de celebração do Contrato de Trabalho, como em qualquer outra cidade, capital ou vila do Território Nacional, quer essa transferência seja transitória, quer seja definitiva.

6)- No ato da assinatura deste contrato, o EMPREGADO recebe o regulamento interno da Empresa cujas cláusulas fazem parte do Contrato de Trabalho, e a violação de qualquer delas implicará em sanção, cuja graduação dependerá da gravidade da mesma, culminando com a rescisão do contrato.

7)- Em caso de dano causado pelo EMPREGADO, fica a EMPREGADORA, autorizada a efetivar o desconto da importância correspondente ao prejuízo, o qual fará, com fundamento no § 1º do Artigo 462 da Consolidação das leis de trabalho, já que essa possibilidade fica expressamente prevista em contrato.

8)- O presente Contrato, tem início em 24/11/2009 e vigorará durante 45 dias, podendo ser prorrogado, obedecendo o disposto no parágrafo único do Art. 443 da CLT.

9)- Operar-se a rescisão do presente Contrato pela ocorrência do prazo supra ou por vontade de uma das partes, rescindindo-as por vontade do EMPREGADO ou pela EMPREGADORA com justa causa, nenhuma indenização é devida, rescindindo-se, antes do prazo pelo EMPREGADO ou pela EMPREGADORA, fica este obrigado a pagar 50% dos salários devidos até o final (metade do tempo combinado restante), nos termos do Art. 479 e 480 da CLT, sem prejuízo do disposto no Reg. do FGTS.

Nenhuma aviso prévio é devido pela rescisão do presente Contrato.

10)- Na hipótese destee ajuste transformar-se em Contrato por Prazo indeterminado, pelo decurso do tempo continuarão em plena vigência as cláusulas de 1 (um) a 7 (sete), enquanto durarem as relações do EMPREGADO com a EMPREGADORA.

1)- por estarem de pleno acordo, as partes contratantes, assinam o presente Contrato de Experiência em duas vias, ficando a primeira em poder da EMPREGADORA e a segunda com o EMPREGADO, que dela dará o competente recibo.

Cuiabá - MT, 29 de dezembro de 2009

testemunha I

Empregado (ou responsável quando menor)

testemunha II

Empregador

TERMO DE PRORROGAÇÃO

Por mútuo acordo entre as partes, fica o presente Contrato de Experiência, que deverá vencer nesta data prorrogado até ____/____/____.

Empregado (ou responsável quando menor)

Empregador

FICHA DE REGISTRO DE EMPREGADOS

EMPRESA: INSTITUTO DE DESENVOLVIMENTO DE PROGRAMAS - IDEP

CGC: 04.739.848/0001-98

ENDERECO:

NUMERO:

BAIRRO:

CIDADE:

CEP:

ESTADO:

EMISSAO: 27/11/2009 16:57:12

Nome Funcionario: PEDRO CAVALHEIRO NODARI
Matricula: 03585 No.Ordem: 18931

Filiação Pai: SETEMBRINO NODARI
Mãe: DORALINA CAVALHEIRO NODARI

Cart. Profissional: 18525 Série: 00013 MT Emissão: 14/05/1998
Cart. de Reservista: Categoria: Reg. Profis.:
Titulo de Eleitor: 16208121899 Zona: 043 Seção: 0123
C.P.F.: 958.742.401-87 PIS/PASEP: 12788262401 Cadastro:
Cart. Habilit.: Categoria:
Identidade: 13629000 Orgão emissor: SSP RS MT Emissão: 20/11/1996

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.: 04/11/1970 Estado Civil: Outros Sexo: Masculino Grau Instrução: Ensino médio completo
Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: Sagrada Família Estado Natal: RS

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
SANTO ANTONIO 1243 BELA VISTA 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



INSTITUTO DE DESENVOLVIMENTO
DE PROGRAMAS

Cidade do registro:

Sorriso - Meio Amb.

Nº Cadastro:

3585

Cargo:

Arg. Pais. Conserv.

Pretensão salarial:

40000

Foto:

DADOS PESSOAIS DO CANDIDATO

Nome	PEDRO CAVALHEIRO NODARI	Sobrenome		Sexo	
Endereço				Número	
Barrio		Cidade		Estado	
Nacionalidade		Naturalizado		CEP	
Data do Nascimento		Idade		Telefone	
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. Com 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
IMP. RENDA (CIC OU CPF):	Controle	Região Fiscal	Válido Até
CERT. RESERVISTA:	Série	Categoria	Região Militar
PIS / PASEP:	Banco		Agência
CART. MODELO 19 (SE ESTRANGEIRO):	É Naturalizado	Data Chegada	Local Emissão
CART. DE MOTORISTA:	Categoria	Validade	☐ C.R.C ☐ CREA ☐ 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, **PEDRO CAVALHEIRO NODARI** portador da Carteira de Trabalho sob nº. 18525, série 00013-MT, portador de Cédula de Identidade RG sob o nº. 1362900-0 e CPF nº. 958.742.401-87, 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.

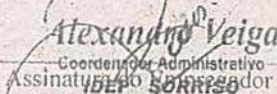
As partes elegem o Foro da Comarca de Sorriso/MT para dirimir quaisquer conflitos oriundos do presente contrato.

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


Coordenador Administrativo
Assinatura do Empregador
IDEP SORRISO

Testemunhas:

1 -
CPF

2 -
CPF

DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO

Empresa		C.N.P.J	
INSTITUTO DE DESENVOLVIMENTO DE PROGRAMAS - IDEP		04.739.848/0001-98	
Registro	Nome		
03585	PEDRO CAVALHEIRO NODARI		
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		

Pedro Cavalheiro Nodari

A O L DEP

RECUBROS HUMANOS

AGUOTA TERMINAL CONTRATO DE
TRABALHO

Elvira C. Kaskari

INFORMA ATRAVES DE QUE

POR MUITOS PESSOAS NAO

TEM MAIS INTERESSE EM

P. ~~ESSA~~ P. MADO C. E. R. Como

CONTRATO DE TRABALHO

FIRMAO COM ESTE INSTRUTO

No DIA

04/11/2009 SOLICITO

TERMINO DO CONTRATO

SORISO N. 04 DE DEZEMBRO

2009

~~Elvira~~ Elvira C. Kaskari

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
IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR	05-Município SORRISO	06-UF MT	07-CEP	08-CNAE 9430800
	09-CNPJ / CEI Tomador / Obra			

IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR	10-PIS - PASEP 12788262401		11-Nome PEDRO CAVALHEIRO NODARI 03585	
	12-Endereço (Logradouro, N°, Andar, Apartamento) SANTO ANTONIO 1243			13-Bairro BELA VISTA
	14-Município Soriso	15-UF MT	16-CEP	17-Carteira de Trabalho (Nº, Série, UF) 0018525 / 000013 / MT
	18-CPF 95874240187	19-Data de Nascimento 04/11/1970	20-Nome da Mãe DORALINA CAVALHEIRO NODARI	

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 1

PROVENTOS		VALOR		DESCONTOS		VALOR	
0025	1,00 FÉRIAS PROPORCIONAIS	26,67	0003	8,00 I.N.S.S.		9,60	
0063	0,00 1/3 DE FÉRIAS RESCISÃO	8,89	0008	7,00 FALTAS		186,67	
0499	0,00 SALÁRIO MENSAL	306,67					

PROVENTOS:	342,23	DESCONTOS:	196,27	TOTAL LÍQUIDO:	145,96
------------	--------	------------	--------	----------------	--------

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 Isamir Aparecido Riscopio da Silva Gerente de RH CPF 571.329.761-68	
	58-Assinatura do Trabalhador <i>Pedro e Nodari</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

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 12788262401		11-Nome PEDRO CAVALHEIRO NODARI 03585	
	12-Endereço (Logradouro, N°, Andar, Apartamento) SANTO ANTONIO 1243			13-Bairro BELA VISTA
	14-Município Soriso	15-UF MT	16-CEP	17-Carteira de Trabalho (N°, Série, UF) 0018525 / 000013 / MT
	18-CPF 95874240187	19-Data de Nascimento 04/11/1970	20-Nome da Mãe DORALINA CAVALHEIRO NODARI	

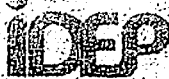
DADOS DO CONTRATO	21-Remuneração p/ fins Rescisórios		22-Data Admissão 24/11/2009	23-Data A. Prévio	24-Data Afastamento 08/12/2009
	Sal.Base: 400,00	Férias Venc.: 400,00	13a.: 400,00		
	Férias Prop.: 400,00	A. Prévio: 400,00			
25-Causa do Afastamento Término de contrato de trabalho		26-Cód. Afastamento 04	27-Pensão Alimentícia (%)	28-Categoria do Trabalhador 1	

PROVENTOS		VALOR		DESCONTOS		VALOR	
0025	1,00 FERIAS PROPORCIONAIS	26,67	0003	8,00 I.N.S.S.		9,60	
0063	0,00 1/3 DE FERIAS RESCISAO	8,89	0008	7,00 FALTAS		186,67	
0499	0,00 SALARIO MENSAL	306,67					

PROVENTOS:	342,23	DESCONTOS:	196,27	TOTAL LÍQUIDO:	145,96
------------	--------	------------	--------	----------------	--------

FORMALIZAÇÃO DA RESCISÃO	56-Local e Data do Recebimento Soriso - Mt, 09 de Dezembro de 2009		57-Carimbo e Assinatura do Empregador ou seu Representante <i>Alexandro Veiga</i> Coordenador Administrativo	
	58-Assinatura do Trabalhador <i>Pedro Cavalheiro Nodari</i>		Isania Aparecida Procopio da Silva Gerente de RH CPF 571.329.761-68	
	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.		59-Assinatura do Responsável legal do Trabalhador	
	Local e Data		61-Digital do Trabalhador	
	Carimbo e Assinatura do Assistente		62-Digital do Responsável Legal	
	63-Identificação do Órgão Homologador		64-Recepção pelo Banco (Data e Carimbo)	

A Assistência no ato de Rescisão Contratual é Gratuita



Instituto de
Desenvolvimento
de Programas

DECLARAÇÃO DE RECEBIMENTO DE CTPS

Eu, Pedro Cavaleiro Nodari, declaro que recebi a CTPS n. 18525 série 00013/MT, com as devidas anotações, na pag. 19, na presente data.

Sorriso, MT, 07 de Dezembro de 2009.

Pedro Cavaleiro Nodari

FOLHA PONTO	
IDEP	
Instituto de Desenvolvimento de Programas	
SORRISO	

DEFESA E CONSERVAÇÃO MEIO AMBIENTE

PEDRO CAVALHEIRO NODARI

AGENTE DE PRESERV. 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

04.739.848/0001-99 65-3648-1800 idep@idep-oscip.org.br

Dia	Jornada Diária de Trabalho			Assinatura	Horas Extrasordinárias	
	Início	Intervalo	Termino		Das	No. Horas
24/11/2009	06:45	12:00	13:00	18:07	Nedra	
25/11/2009	06:45	12:00	13:00	18:07	Nedra	
26/11/2009	06:45	12:00	13:00	18:07	Nedra	
27/11/2009	FALTA			Nedra		
28/11/2009	Sab					
29/11/2009	Dom					
30/11/2009	FALTA			Nedra		
1/12/2009	FALTA			Nedra		
2/12/2009	FALTA			Nedra		
3/12/2009	FALTA			Nedra		
4/12/2009	FALTA			Nedra		
5/12/2009	Sab					
6/12/2009	Dom					
7/12/2009	FALTA			Nedra		
8/12/2009						
					TOTAL	

Declaro para os devidos fins do 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, 4/12/09

Pedro Cavalheiro Nodari
PEDRO CAVALHEIRO NODARI

Adriana Lúcia Salim
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

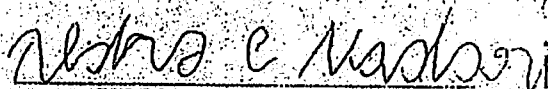
0041 - Férias

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.


PEDRO CAVALHEIRO NODARI

FICHA DE REGISTRO DE EMPREGADOS

EMPRESA: INSTITUTO DE DESENVOLVIMENTO DE PROGRAMAS - IDEP

CGC: 04.739.848/0001-98

ENDERECO:

NUMERO:

BAIRRO:

CIDADE:

CEP:

ESTADO:

EMISSAO: 27/11/2009 16:57:13



Nome Funcionario: RACHEL TEIXEIRA DOS SANTOS

Matricula: 03618

No.Ordem: 18963

Filiacao

Pai:

Mãe:

Cart. Profissional: 3773463

Serie: 001-0 MA

Emissao: 02/09/2004

Cart. de Reservista:

Categoria:

Reg. Profis:

Titulo de Eleitor: 028317081848

Zona: 043

Seção: 0160

C.P.F.: 038.765.331-71

PIS/PASEP: 12947528370

Cadastro:

Cart. Habilit.

Categoria:

Identidade: 2230184-4

Orgao emissor: SSP MT

Emissao: 26/12/2007

Admissao: 24/11/2009

Opcao FGTS: 24/11/2009

Forma Pagto.: Mensalista

Jornada: 200:00

Cargo: AGENTE DE PRESERV. E CONSERVACAO Seção: DEFESA E CONSERVACAO MEIO Salário: 400,00 Sal. Hora: 2,00

DL Nasc.: 20/07/1988

Estado Civil: Outros

Sexo: Masculino

Grau Instrução: Ensino médio completo

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: Imperatriz

Estado Natal: MA

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 LUPICINIO RODRIGUES	2181	JARDIM BELA VISTA	Sorriso

Férias	Periodo aquisitivo	Periodo 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 CONSERVACAO

Mudança de Seção	Data	Seção
	24/11/2009	DEFESA E CONSERVACAO MEIO AMBIENTE

Data de Demissão	Assinatura do Empregador	Assinatura do Empregado
Cód. Afastamento		



INSTITUTO DE DESENVOLVIMENTO
DE PROGRAMAS

Saúde

Cidade do registro:

Sorriso MT

Cargo:

Ag. Combate Dengue

Previdência salarial:

667,00

Nº Cadastro:



DADOS PESSOAIS DO CANDIDATO

Nome:

Rochell Teixeira dos Santos

Sobrenome:

Teixeira dos Santos

Sexo:

masculino

Endereço:

Rua: Martelo Anelio

Número:

306

Bairro:

Larclim Rimon

Cidade:

Sorriso

Estado:

MT

CEP:

71100-000

Telefone:

96182410

Nacionalidade:

Brasileira

Naturalidade:

Imperatriz - MA

Data do Nascimento:

20/07/1988

Idade:

21

Estado Civil:

casado

DADOS FAMILIARES

Nome do Pai:

ASSEF Vale dos Santos

Nacionalidade:

Brasileira

Profissão:

Sou da casa

Trabalha:

Sim

Nome do Mãe:

Domingos Teixeira dos Santos

Nacionalidade:

Brasileira

Profissão:

Dono de casa

Trabalha:

Não

Nome do(a) Esposo(a):

Jessica Sobrinho Pereira

Nacionalidade:

Brasileira

Profissão:

Estudante

Trabalha:

Não

Número de filhos:

1 com

Maiores:

não

Menores:

sim

Menores de 14:

sim

Estudando:

não

Trabalhando:

não

Precisa ajudar financeiramente seus pais ou depende: Com quanto:

- 11 -

DOCUMENTOS PESSOAIS

CARTEIRA DE TRABALHO:

Série:

Estado Emissor:

Data Emissão:

CÉDULA DE IDENTIDADE:

2230184-4

Local de Emissão:

Estado:

Mato Grosso

Data Emissão:

TÍTULO DE ELEITOR:

028317081848

Zona:

Seção:

Cidade/Estado:

0430160 Sorriso - MT

Data Emissão:

IMP. RENDA (CIC OU CPF):

038.765.331-71

Controle:

Região Fiscal:

Válido Até:

CERT. RESERVISTA:

Série:

Categoria:

Região Militar:

Data Emissão:

PIS / PASEP:

Banco:

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, **RACHEL TEIXEIRA DOS SANTOS** portador da Carteira de Trabalho sob nº. 3773463, série 0010-MA, portador de Cédula de Identidade RG sob o nº. 2230184-4 e CPF nº. 038.765.331-71, 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

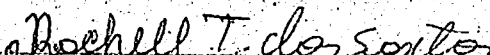
O empregado se obriga a respeitar as normas e praxe de serviço vigente.

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 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

GOIABERE SORRISO SERVIÇOS DE MEDICINA OUPATONAL
LIVRE SERVIÇO 104 - CENTRO-SERVIÇO - CAPI 02 430.730/0001-62 95-23/11/2009-14:55:59
*** MESIÃO DE SAÚDE OUPATONAL ***

UNO DE PATRONADORA
Setor: SAU

Mae: IRACI MEES CARDOSO
vii: S3 JEIRO
Idade: 18 anos.

Gravidez: 2
Risco Específico: ACIDENTE/EXTRAÇÃO
no. 24 de 19.12.94 (FORSO). Misto que o(a) funcionário(a) acima citado(a) foi clínica-
a no momento de saúde física e mental e não é portador de doença infecciosa

APTO PARA A FIANÇA
E PROTEÇÃO INDIVIDUAL DE ADICIONAR A FIANÇA E CONFIRAR NA

a de: anamnese pessoal e profissional; medicação dos dados vitais (pressão arterial,
; exame clínico de atividade física e mental.
1. Submetido.

309
Dr. Nivaldo So Ramos
Médico do Trabalho
Médico Examinador

AS MEAS CARDOSO
Recebi a 2ª Via deste Atestado
SUSANIVALDO SILVA PATIS-DEI CENIT 2704344
Médico Examinador

exame: 14:55:56

RO-LABORE SERVIÇO DE MEDICINA OLFATIVA
UNAR ZERUUL 104 - CENTRO-SERVISUM - CAP1 02-430.730/0001-62 95-23/11/2009-14:55:58
*** ATENDIMENTO DE SAÚDE OLFATIVA ***

UNID. DE PROTEÇÃO/UNID. DE PROTEÇÃO
Setor: SIAE

VIL: SIAE
Masc.: 21/08/1991 Idade: 18 anos.

Gravidez: NENHUMA
Risco Específico: ACIDENTE/ERGONOMIA
Cadastrado, art. 188 e 189 da Seção V do Capítulo II da CLT, leis nºs 2853/89 e 6347/77
a no momento de saúde física e mental e não é portador de doença infecto-contagiosa
do considerado:

APTO PARA A FUNÇÃO

E PROTEÇÃO INDIVIDUAL DE ADOÇÃO COM A FUNÇÃO E DO FICAR N/A

A des: anamnese pessoal e profissional, avaliação dos dados vitais (pressão arterial,
e exame clínico de aptidão física e mental.

2007

Angela Z. Cardoso
AS: SIAE OLFATIVA

Recebi a 2ª Via deste Atestado

Assinatura de SUELA RAMOS-CONDE MT 2704100x
Médico Examinador

Exame: 10:55:58

Divino So Ramos
Divino So Ramos
Médico Olfativo

RO LARRE SERVIÇO SERVIÇOS DE MEDICINA OCUPACIONAL
LUAZ FERTIL 104 - CENTRO-SERVIÇOS-DEP 02.480.730/0001-62 95-23/11/2009-14:55:58
*** ATTESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL ***

END DE PATRONO/EMPRESA
Setor: SARE

Mae: IRACI KERS CARDOSO

VIL: RAJEIRO

Nasc.: 21/08/1991

Idade: 18 anos.

Grav de risco: 2 Risco Específico: AQUELHE/ENFERMID
Parágrafo art. 188 e 189 da Seção V do capítulo II da Lei, leis nºs 7833/89 e 8514/77
no. 24 de 19.12.94 (PDEB). Atesto que o(a) funcionário(a) acima citado(a) foi clínica-
a no momento de saúde física e mental e não é portador de doença infecto-contagiosa
do considerado:

APTO PARA O TRABALHO

E PROHEIBO INDIVIDUAL DE ACESSO DE A FIANÇA E CONFIRME INQ.

a de: anamnese pessoal e profissional, avaliação dos dados vitais (pressão arterial,
e exame clínico de aptidão física e mental.

2007

Reginaldo S. Ramos
AS INSCRIÇÕES

Recem a 23 Via deste Atestado

D. Nivaldo S. Ramos
Médico do Trabalho
CRM-MT 2104

ACERTAMENTO 5084 RATES-DEP 02.480.730/0001-62
Médico Examinador

Exame: 14:55:58

DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO

Empresa		C.N.P.J	
INSTITUTO DE DESENVOLVIMENTO DE PROGRAMAS - IDEP		04.739.848/0001-98	
Registro	Nome		
03618	RACHEL TEIXEIRA DOS SANTOS		
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		

Rachel T. dos Santos

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 12947528370		11-Nome RACHEL TEIXEIRA DOS SANTOS 03618		
	12-Endereço (Logradouro, N°, Andar, Apartamento) Rua LUPICINIO RODRIGUES 2181			13-Bairro JARDIM BELA VISTA	
	14-Município Soriso	15-UF MT	16-CEP	17-Carteira de Trabalho (N°, Série, UF) 3773463 / 0001-0 / MA	
	18-CPF 03876533171	19-Data de Nascimento 20/07/1988	20-Nome da Mãe DOMINGAS TEIXEIRA DOS SANTOS		
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 1

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	
FORMATIZAÇÃO DA RESCISÃO	56-Local e Data do Recebimento Soriso - Mt, 09 de Dezembro de 2009		57-Carimbo e Assinatura do Empregador <i>Aleximário Velga</i> Coordenador Administrativo IDEP SORRISO		
	58-Assinatura do Trabalhador <i>Rachel Teixeira dos Santos</i>		Isania Aparecida Procopio da Silva Gerente de RH CPF 571.329.761-68		
	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.		59-Assinatura do Responsável legal do Trabalhador		
	Local e Data		61-Digital do Trabalhador		
	Carimbo e Assinatura do Assistente		62-Digital do Responsável Legal		
	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 12947528370		11-Nome RACHEL TEIXEIRA DOS SANTOS 03618	
	12-Endereço (Logradouro, N°, Andar, Apartamento) Rua LUPICINIO RODRIGUES 2181			13-Bairro JARDIM BELA VISTA
	14-Município Soriso	15-UF MT	16-CEP	17-Carteira de Trabalho (N°, Série, UF) 3773463 / 0001-0 / MA
	18-CPF 03876533171	19-Data de Nascimento 20/07/1988	20-Nome da Mãe DOMINGAS TEIXEIRA DOS SANTOS	
DADOS DO CONTRATO	21-Remuneração p/ fins Rescisórios Sal.Base: 400,00 Férias Venc.: 400,00 13o.: 400,00 Férias Prop.: 400,00 A.Previo: 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 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 <i>Alexandro Volgu</i> Coordenador Administrativo IDEP SORRISO
	58-Assinatura do Trabalhador <i>Rachel T. dos Santos</i>	Isania Aparecida Procopio da Silva Gerente de RH CPF 571.329.761-68
	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.	59-Assinatura do Responsável Legal do Trabalhador
	Local e Data	61-Digital do Trabalhador
	Carimbo e Assinatura do Assistente	62-Digital do Responsável Legal
	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 0943 N° da Conta 00173 6 0 C2 OSK N° do cheque 000735 C3 05 (412.45)
 048 399 0943 0 0943 00173 6 0 OSK 000735
 Pague-se por este cheque a quantia de QUATROCENTOS E DOZE REAIS E QUARENTA E CINCO CENTAVOS XXXXXXXXXX
 XX
 XX

RACHEL TEIXEIRA DOS SANTOS
 HSBC
 CUIABA 09 DEZEMBRO de 2009
 SORRISO-MT AV. NATALINO J. BRESANSIN 321 TEL. 3544-1286
 Instituto de Desenvolvimento de Programas IDEP
 CNPJ 04738848-0001-98
 CLIENTE BANCÁRIO DESDE 09/2008
 \$412,45\$
 Juridica

39909035 04800073554 709430017359



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

DATA: 09/12/2009.

Forma de Pagamento: Cheque.

Banco	HSBC
Conta	00173-60
Térmo	Meio Ambiente

Histórico: Pagamento Salário Novembro e rescisão contratual.

Térmo: Sorriso - Meio Ambiente

DATA	NOMINAL	N° DOC	VALOR
09/12/2009	Rachel teixeira dos Santos	000735	R\$ 412,45

LANÇADOS

Carlos Alberto Santana
 CARLOS ALBERTO SANTANA
 PRESIDENTE



Instituto de
Desenvolvimento
de Programas

Recibo de Pagamento

Eu **Rachel Teixeira dos Santos** portador do CPF 038.765.331-71 Declaro ter recebido do Instituto de desenvolvimento e Programas - IDEP CNPJ 04.739.848/0001-98 a importância de R\$ 57,79 (cinquenta e sete reais e setenta e nove centavos) proveniente do pagamento do 13º salário proporcional ao mês dezembro 2009.

Sorriso 28.12.2009

Rachel Teixeira dos Santos

Rachel Teixeira dos Santos

CPF 038.765.331-71

FOLHA PONTO



IDEP

Instituto de Desenvolvimento

SORRISO

Defesa e Conservação do Meio Ambiente

RACHEL TEIXEIRA DOS SANTOS

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	07:02	11:07	13:03	17:00	Rochell	
25/11/2009	07:00	11:00	13:00	17:02	Rochell	
26/11/2009	07:01	11:00	13:02	17:00	Rochell	
27/11/2009	07:02	11:00	13:01	17:03	Rochell	
28/11/2009	Sab				Rochell	
29/11/2009	Dom				Rochell	
30/11/2009	07:00	11:00	13:00	17:01	Rochell	
01/12/2009	07:00	11:00	13:00	17:03	Rochell	
02/12/2009	07:00	11:00	13:02	17:00	Rochell	
03/12/2009	07:02	11:02	13:03	17:00	Rochell	
04/12/2009	07:03	11:03	13:00	17:00	Rochell	
05/12/2009	Sab					
06/12/2009	Dom					
07/12/2009	07:00	11:02	13:02	17:02	Rochell	
08/12/2009	07:00	11:07	13:01	17:01	Rochell	
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., 08.12.09

Rochell T. dos Santos
RACHEL TEIXEIRA DOS SANTOS

Jefferson E. Moura
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.

Rochell T. do Santos