

Instituto de Desenvolvimento de Programas



Instituto de
Desenvolvimento
de Programas

Prefeitura Municipal de Sorriso - MT

Termo de Parceria – 001/2009

CAMARA MUNICIPAL DE SORRISO

Requerimento 055/2010

VOLUME IV

Parte 2/4

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 16:56:46

Nome Funcionario: FRANCINALDO SOUSA SANTOS
Matricula: 03629 No.Ordem: 18978

Filiação: Pai: PEDRO ALVES DOS SANTOS
Mãe: TEREZA MARIA SILVA SOUSA

Cart. Profissional: 62794 Série: 00019 MT Emissão: 13/02/2006
Cart. de Reservista: Categoria: Reg. Profis.:
Título de Eleitor: 027883371805 Zona: 33 Seção: 140
C.E.F.: 029.797.071-20 PIS/PASEP: Cadastro:
Cart. Habilit.: Categoria:
Identidade: 20973713 Órgão emissor: SSP MT Emissão: 12/09/2006

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.: 20/01/1988 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
MARECHAL CANDIDO RONDON 1640 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

5629

Cargo:

Ag. PRESER. CONSERV.

Pretação salarial:

400,00



DADOS PESSOAIS DO CANDIDATO

Nome: FRANCINALDO SOUSA SANTOS		Sobrenome:	Sexo:	
Endereço:		Número:		
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) Esposo(a):	Nacionalidade:	Profissão:	Trabalha:				
Número de filhos:	Maiores:	Menores:	Menores de 14:	Estudando:	Trabalhando:	Precisa ajudar financeiramente seus pais ou dependa:	Com quanto:

DOCUMENTOS PESSOAIS

CARTEIRA DE TRABALHO:	Série:	Estado Emissor:	Data Emissão:	
CEDULA DE IDENTIDADE:	Local de Emissão:	Estado:	Data Emissão:	
TITULO DE ELEITOR:	Zona:	Seção:	Cidade/Estado:	Data Emissão:
IMP. RENDA (CIC OU CPF):	Controle:	Repião Fiscal:	Válido Até:	
CERT. RESERVISTA:	Série:	Categoria:	Repião 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:		

PRO LABRE SERVIÇO DE MEDICINA OLFACATIVA
RUA ZILDO ESTILLO, 104 - CENTRO-BOGUSOVIM - CEP 02.490.730/0001-82
*** ATENÇÃO DE SAÚDE OLFACATIVA ***

30-23-11/2007-15:01:18

CONSTITUIÇÃO DE DESENVOLVIMENTO DE PROGRESSIVIDADE

FUNÇÃO: FISIOTERAPISTA

PROFISSIONAL: FÍSICO

LOCAL: CENTRO DE SAÚDE

DATA: 20/01/2008

USUÁRIO: MARIA SILVA SOUSA

SEXO: F

IDADE: 21 anos

GRUPO DE RISCO: I

DIAGNÓSTICO: RINITE ALÉRGICA

DATA DE INÍCIO: 20/01/2008

DATA DE TÉRMINO: 20/01/2008

DATA DE AVALIAÇÃO: 20/01/2008

DATA DE REAVALIAÇÃO: 20/01/2008

DATA DE ENCERRAMENTO: 20/01/2008

DATA DE CANCELAMENTO: 20/01/2008

DATA DE REINÍCIO: 20/01/2008

DATA DE REABERTURA: 20/01/2008

DATA DE REABERTURA: 20/01/2008

DATA DE REABERTURA: 20/01/2008

DATA DE REABERTURA: 20/01/2008

DATA DE REABERTURA: 20/01/2008

DATA DE REABERTURA: 20/01/2008

DATA DE REABERTURA: 20/01/2008

DATA DE REABERTURA: 20/01/2008

DATA DE REABERTURA: 20/01/2008

DATA DE REABERTURA: 20/01/2008

DATA DE REABERTURA: 20/01/2008

DATA DE REABERTURA: 20/01/2008

DATA DE REABERTURA: 20/01/2008

DATA DE REABERTURA: 20/01/2008

DATA DE REABERTURA: 20/01/2008

DATA DE REABERTURA: 20/01/2008

DATA DE REABERTURA: 20/01/2008

DATA DE REABERTURA: 20/01/2008

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, **FRANCINALDO SOUZA SANTOS**, portador da Carteira de Trabalho sob nº. 62794, série 00019-MT, portador de Cédula de Identidade RG sob o nº. 2097371-3 e CPF nº. 029.797.071-20, 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 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 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

Alexandro Fe
Coordenador Administrativo
IDEP - SORRISO
Assinatura do Empregador

Testemunhas:

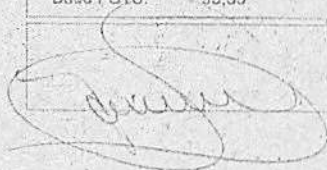
1 -
CPF

2 -
CPF

DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO

Empresa		CNPJ	
INSTITUTO DE DESENVOLVIMENTO DE PROGRAMAS - IDEP		04.739.848/0001-99	
Registro	Nome		
03629	FRANCINALDO SOUSA SANTOS		
Função	Salário	Ref.	Dependentes
AGENTE DE PRESERV. E	400,00	11 / 2009	0
Sector	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

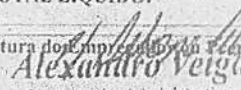
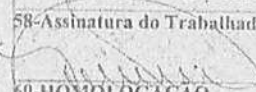
BASES			
Sal. Base:	400,00	FGTS do Mês:	7,47
Base INSS:	93,33	Base IRRF:	93,33
Base FGTS:	93,33		



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 13318712409		11-Nome FRANCINALDO SOUSA SANTOS 03629	
	12-Endereço (Logradouro, N°, Andar, Apartamento) MARECHAL CANDIDO RONDON 1640			13-Bairro BELA VISTA
	14-Município Soriso	15-UF MT	16-CEP	17-Carteira de Trabalho (N°, Série, UF) 0062794 / 000019 / MT
	18-CPF 02979707120	19-Data de Nascimento 20/01/1988	20-Nome da Mãe TEREZA MARIA SILVA SOUSA	
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

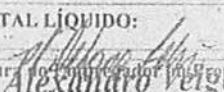
PROVENTOS	VALOR	DESCONTOS	VALOR
0025 1.00 FERIAS PROPORCIONAIS	33,33	0003 8,00 IN.S.S.	23,46
0063 0.00 1/3 DE FERIAS RESCISAO	11,11	0008 0,50 FALTAS	13,33
0499 0.00 SALARIO MENSAL	306,67		

PROVENTOS: 351,11		DESCONTOS: 36,79		TOTAL LÍQUIDO: 314,32	
FORMATIZAÇÃO DA RESCISÃO	56-Local e Data do Recebimento Soriso - Mt, 09 de Dezembro de 2009		57-Carimbo e Assinatura do Empregador  Coordenador Administrativo IDEP SORRISO		
	58-Assinatura do Trabalhador 		59-Assinatura do Responsável legal do Trabalhador 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.		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 13318712409		11-Nome FRANCINALDO SOUSA SANTOS 03629																											
	12-Endereço (Logradouro, N°, Andar, Apartamento) MARECHAL CANDIDO RONDON 1640			13-Bairro BELA VISTA																										
	14-Município Soriso	15-UF MT	16-CEP	17-Carteira de Trabalho (N°, Série, UF) 0062794 / 000019 / MT																										
	18-CPF 02979707120	19-Data de Nascimento 20/01/1988	20-Nome da Mãe TEREZA MARIA SILVA SOUSA																											
DADOS DO CONTRATO	21-Remuneração p/ fins Rescisórios		22-Data Admissão 24/11/2009	23-Data A. Prévio																										
	Sal.Base: 400,00 Férias Venc.: 400,00 13o.: 400,00 Férias Prop.: 400,00 A.Previo: 400,00			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																										
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">PROVENTOS</th> <th colspan="2">VALOR</th> <th colspan="2">DESCONTOS</th> <th colspan="2">VALOR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0025</td> <td>1,00 FERIAS PROPORCIONAIS</td> <td>33,33</td> <td>0003</td> <td>8,00 I.N.S.S.</td> <td>23,46</td> </tr> <tr> <td>0063</td> <td>0,00 1/3 DE FERIAS RESCISAO</td> <td>11,11</td> <td>0008</td> <td>0,50 FALTAS</td> <td>13,33</td> </tr> <tr> <td>0499</td> <td>0,00 SALARIO MENSAL</td> <td>306,67</td> <td colspan="3"></td> </tr> </tbody> </table>					PROVENTOS		VALOR		DESCONTOS		VALOR		0025	1,00 FERIAS PROPORCIONAIS	33,33	0003	8,00 I.N.S.S.	23,46	0063	0,00 1/3 DE FERIAS RESCISAO	11,11	0008	0,50 FALTAS	13,33	0499	0,00 SALARIO MENSAL	306,67			
PROVENTOS		VALOR		DESCONTOS		VALOR																								
0025	1,00 FERIAS PROPORCIONAIS	33,33	0003	8,00 I.N.S.S.	23,46																									
0063	0,00 1/3 DE FERIAS RESCISAO	11,11	0008	0,50 FALTAS	13,33																									
0499	0,00 SALARIO MENSAL	306,67																												

PROVENTOS: 351,11		DESCONTOS: 36,79		TOTAL LÍQUIDO: 314,32	
56-Local e Data do Recebimento Soriso - Mt, 09 de Dezembro de 2009			57-Carimbo e Assinatura do Empregador  Coordenador Administrativo IDEP SORRISO		
58-Assinatura do Trabalhador 			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 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

93	Lamp	Banco	Agência	C1	Nº da Conta	C2	Nº do cheque	C3	R\$
	048	399	0943	0	0943 00173 6 0	0	OSK 000745	4	(400,19)
	048	399	0943	0	0943 00173 6 0	0	OSK 000745	4	

DECLARAÇÃO DE RECEBIMENTO DE CTPS

Eu, **FRANCINALDO SOUSA SANTOS**, declaro que recebi a CTPS n. 62794 série 00019/MT com as devidas anotações, na pag. 12, na presente data.

Sorriso, MT, 10 de Dezembro de 2009.


FRANCINALDO SOUSA SANTOS

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador 04.739.848/0001-98

CNPJ/MF INSTITUTO DE DESENVOLVIMENTO

Rua DE PROGRAMAS IDEP N°

Município Rua Esmeralda, 669 Bosque da Saúde Est.

Esp. do estabelecimento

Cep 78.050-050 CUIABA - MT

Cargo CBO n°

Data admissão 24 de Novembro de 2009

Registro n° 3601 Fls./Ficha

Remuneração especificada R\$ 400,00 p/

Súmula (Quarenta e

Pais)

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

Coordenador Administrativo

1° IDEP SORRISO

Data saída 01 de Dezembro de 2009

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

Coordenador Administrativo

1° IDEP SORRISO

Com. Dispensa CD N°

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador

CNPJ/MF

Rua N°

Município Est.

Esp. do estabelecimento

Cargo

CBO n°

Data admissão de de

Registro n° Fls./Ficha

Remuneração especificada

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1° 2°

Data saída de de

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1° 2°

Com. Dispensa CD N°

FOLHA PONTO



IDEP

Instituto de Desenvolvimento.

SORRISO

Defesa e Conservação do Meio Ambiente

FRANCINALDO SOUSA 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

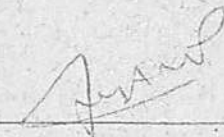
04.739.848/0001-98 65-3648-1800 idep@idep-oscip.org.br

Dia	Jornada Diária de Trabalho				Assinatura	Horas Extrasordinárias	
	Início	Intervalo	Término			Das	No Horas
24/11/2009	7:00	11:00	13:00	17:00	Francinaldo		
25/11/2009	7:07	11:02	13:01	17:05	Francinaldo		
26/11/2009	7:10	11:01	13:00	17:02	Francinaldo		
27/11/2009	7:00	11:05	13:01	17:00	Francinaldo		
28/11/2009	Sab						
29/11/2009	Dom						
30/11/2009	7:10	11:05	13:00	17:01	Francinaldo		
01/12/2009	7:00	11:00	13:05	17:10	Francinaldo		
02/12/2009	7:05	11:05	13:01	17:10	Francinaldo		
03/12/2009	7:01	11:05	13:00	17:05	Francinaldo		
04/12/2009	7:00	11:02	13:00	16:55	Francinaldo		
05/12/2009	Sab						
06/12/2009	Dom						
07/12/2009	Falta	Falta	13:00	17:00	Francinaldo		
08/12/2009	7:00	11:10	13:00	17:05	Francinaldo		
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, 08/12/2009

Francinaldo S. Santos


 Coordenador

FICHA DE REGISTRO DE EMPREGADOS

EMPRESA: INSTITUTO DE DESENVOLVIMENTO DE PROGRAMAS - IDEP

CGC: 04.739.848/0001-98

ENDEREÇO:

NUMERO:

BAIRRO:

CIDADE:

CEP:

ESTADO:

EMISSION: 27/11/2009 16:56:47



Nome Funcionário: FRANCISCO DA CONCEIÇÃO SILVA

Matrícula: 03623

No.Ordem: 18969

Filiação

Pai:

Mãe:

Cart. Profissional: 48158

Série: 00010 MT

Emissão: 06/11/2008

Cart. de Reservista:

Categoria:

Reg. Profis:

Título de Eleitor: 020916281805

Zona: 043

Seção: 0079

C.P.F.: 815.471.701-82

PIS/PASEP: 12899189400

Cadastro:

Cart. Habilit:

Categoria:

Identidade: 1221462-0

Órgão emissor: SSP MT

Emissão: 16/04/2000

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

De Nasc.: 22/01/1969

Estado Civil: Outros

Sexo: Masculino

Grau Instrução: Ensino médio completo

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: MONÇ~

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 BENE	1234	CENTRO	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:

3-23/11/2007-16:31:46

PRO LAPOE SUSSETO SERVIÇOS DE MEDICINA OLFACIONAL
RUA ALVARO PEREIRA 104 - CENTRO-SERISSOM - CEP: 02.450.730/0001-52
* * * ATESTADO DE SAÚDE OLFACIONAL * * *

Sector: SAUDE

EMPRESA: INSTITUTO DE DESENVOLVIMENTO DE PROJETOS/VIAGENS

Funcionário: FRANCISCO DA CONCEICAO SILVA

Ass: NINELVIVA DA CONCEICAO SILVA

Função: AGENTE DE SAÚDE

Doc: 45153/00010 HT

Est. Civil: SOLTEIRO

Nasc.: 22/01/1969

Idade: 40 anos.

Natural de: MURICÓ

Estado: MEDICINA ADMISSIONAL

Grau de Risco: 2

Risco Específico: ACIDENTE/ENFERMIDADE

Em cumprimento a legislação trabalhista, art. 158 e 159 da Lei nº 5.020/66 e da Lei nº 7.882/89 e 5514/77 portaria 3214/78 (UR) e portaria nº 24 de 19.12.94 (FURTEL). Atesto que o(a) funcionário(a) acima citado(a) foi clinicamente examinado(a), sendo que o(a) não apresenta nenhuma alteração de saúde física e mental e não é portador de doença infecciosa-contagiosa 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 CONFORME NR6

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

TESTE DE ACUIDADE VISUAL em 23/11/2007

Data: 23/11/2007

Validade: 23/11/2010

EXAME VIA DA EMPRESA III/XX

Período a 24 Via deste Atestado

Francisco da Conceição Silva
FRANCISCO DA CONCEICAO SILVA

S. Ramos
Dr. Nivaldo S. Ramos
Médico Olfato
Central 1104

ASSINATURA DE NIVALDO S. RAMOS - CRM RJ 27047/2004
Médico Examinador

TESTE

TESTE

Unidade do exame: 15.15.2007 - Final do exame: 16.15.2007

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, **FRANCISCO DA CONCEIÇÃO SILVA** portador da Carteira de Trabalho sob nº. 48158, série 00010-MT, portador de Cédula de Identidade RG sob o nº. 1221462-0 e CPF nº. 815.471.701-82, 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

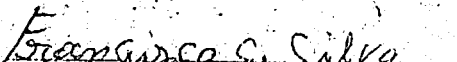
O empregado se obriga a respeitar as normas e praxe de serviço vigente.

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
IDEP - SORRISO
Assinatura do Empregador

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		
03623	FRANCISCO DA CONCEIÇÃO SILVA		
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
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		

Francisco da C. Silva

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 12899189400		11-Nome FRANCISCO DA CONCEIÇÃO SILVA 03623	
	12-Endereço (Logradouro, N°, Andar, Apartamento) Rua BENE 1234			13-Bairro CENTRO
	14-Município Sorriso	15-UF MT	16-CEP	17-Carteira de Trabalho (N°, Série, UF) 0048158 / 000010 / MT
	18-CPF 81547170182	19-Data de Nascimento 22/01/1969	20-Nome da Mãe MINELVINA DA CONCEIÇÃO 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.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

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 Sorriso - Mt, 09 de Dezembro de 2009		57-Carimbo e Assinatura do Empregador ou Representante <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>Francisco da C. Silva</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 12899189400		11-Nome FRANCISCO DA CONCEIÇÃO SILVA 03623		
	12-Endereço (Logradouro, N°, Andar, Apartamento) Rua BENE 1234			13-Bairro CENTRO	
	14-Município Soriso	15-UF MT	16-CEP	17-Carteira de Trabalho (N°, Série, UF) 0048158 / 000010 / MT	
	18-CPF 81547170182	19-Data de Nascimento 22/01/1969	20-Nome da Mãe MINELVINA DA CONCEIÇÃO 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.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.	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 Empregador por <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>Francisco da C. Silva</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

DECLARAÇÃO DE RECEBIMENTO DE CTPS

Eu, Francisco da Conceição Silva, declaro que recebi a CTPS n.º 48158 série 00010/MT com as devidas anotações, na pag. 13, na presente data.

Sorriso, MT, 09 de Dezembro de 2009.

Francisco da C. Silva

Francisco da Conceição Silva

CONTRATO DE TRABALHO
08.739.848/0001-98

Empregador **INDÚSTRIA BRASILEIRA DE
PESCADOS AMAZÔNICOS S/A**

CNPJ/MF **Av Marginal Esquerda, 949**

Rua **Ed. Cella, Salas 303/304 - Centro**

Município **Cep: 78890-000 - Sorriso - MT**

Esp. do Estabelecimento **Indústria de Pesca**

Cargo **Operador de Produção**

CBO n° **91901010**

Data admissão **13 de Novembro de 2008**

Registro n° **Fls. /Ficha**

Remuneração especificada **R\$ 4.80,00**

(Quatrocentos e oitenta reais)

por mês

INDÚSTRIA BRASILEIRA DE PESCADOS AMAZÔNICOS S/A

1° **Fernando Marchioro**

2° **Ass. do empregador ou test.**

Data saída **02 de Fevereiro de 2009**

Ass. do empregador ou test.

1° **NATIV PESCADOS**

2° **CPF: 003.693.381-99**

Com. Dispensa CD N°

CONTRATO DE TRABALHO
04.739.848/0001-98

Empregador **INSTITUTO DE DESENVOLVIMENTO**

CNPJ/MF **DE PROGRAMAS IDEP**

Rua **Rua Esmeralda, 889 Bosque da Saúde**

Município **Cep: 78.050-050 CUIABÁ - MT**

Esp. do Estabelecimento **Ass. Preserv. e Conserv.**

Cargo **Ass. Preserv. e Conserv.**

CBO n° **3588**

Data admissão **24 de Novembro de 2008**

Registro n° **Fls. /Ficha**

Remuneração especificada **R\$ 400,00 p/**

Quingena (Quatrocentos

reais)

por mês

Ass. do empregador ou test.

1° **Alexandro Veiga**

2° **Coordenador Administrativo**

Data saída **08 de Dezembro de 2009**

Ass. do empregador ou test.

1° **Alexandro Veiga**

2° **Coordenador Administrativo**

Com. Dispensa CD N°

FOLHA PONTO



IDEP

Instituto de Desenvolvimento

SORRISO

Defesa e Conservação do Meio Ambiente

FRANCISCO DA CONCEIÇÃO SILVA

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	7-00	11-00	13-00	5-00	Francisco		
25/11/2009	7-00	11-00	13-00	5-00	Francisco		
26/11/2009	7-00	11-00	13-00	17-00	Francisco		
27/11/2009	7-00	11-00	13-00	17-00	Francisco		
28/11/2009	Sab						
29/11/2009	Dom						
30/11/2009	7-00	11-00	13-00	17-00	Francisco		
01/12/2009	7-00	11-00	13-00	17-00	Francisco		
02/12/2009	7-00	11-00	13-00	17-00	Francisco		
03/12/2009	7-00	11-00	13-00	17-00	Francisco		
04/12/2009	7-00	11-00	13-00	17-00	Francisco		
05/12/2009	Sab						
06/12/2009	Dom						
07/12/2009	7-00	11-00	13-00	17-00	Francisco		
08/12/2009	7-00	11-00	13-00	17-00	Francisco		
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., 08/12/2009

Francisco

FRANCISCO DA CONCEIÇÃO SILVA

Guilherme G. F. F. F.
Coordenador

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 16:56:47

Nome/Função: FRANCISCO DA SILVA
Matricula: 03586 No.Ordem: 18932

Filiação Pai: SIVIL MANOEL DA SILVA
Mãe: VERGINIA GRACIOLI

Cart. Profissional: 80946 Série: 618 Emissão: 13/02/1979
Cart. de Reservista: Categoria: Reg. Profis.:
Título de Eleitor: 33654240973 Zona: 043 Seção:
C.P.F.: 400.576.159-34 PIS/PASEP: 10865030011 Cadastro: 1001-0-0-0
Cart. Habilit.: 19025025/MT Categoria: AC
Identidade: 19025025 Órgão emissor: SSP MT Emissão: 29/07/2004

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.: 05/02/1960 Estado Civil: Solteiro Sexo: Masculino Grau Instrução: Ensino médio completo
Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: Itatiba do Sul 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
	RUA PORTO ALEGRE	2554	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 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:

3586

Cargo:

AG. PRES. COUSE.

Pretensão salarial

400,00



DADOS PESSOAIS DO CANDIDATO

Nome	Francisco da Silva	Sobrenome	Silva	Sexo	Masculino
Endereço					
Bairro	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	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	Data Emissão
IMP. RENDA (CIC OU CPF):	Controle	Região Fiscal	Válida 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 N° ☐ 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, **FRANCISCO DA SILVA** portador da Carteira de Trabalho sob nº.80946, série 618, portador de Cédula de Identidade RG sob o nº. 1902502-5 e CPF nº.400.576.159-34, 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

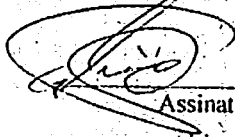
O empregado se obriga a respeitar as normas e praxe de serviço vigente.

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

IDEP SORRISO

Assinatura do Empregador

Testemunhas:

1 -
CPF

2 -
CPF

PRO-LABOR SERVIÇO SERVIÇOS DE MÉDICOS OBRATELHA
RUA ZULFAR ESTRELA 104 - CENTRO-SERGIPANO - CEP 02.450.730/0001-62
556-23/11/2007-07:01:39
* * * ATESTADO DE SAÚDE OBRATELHA * * *

EMPRESA: INSTITUTO DE DESENVOLVIMENTO DE PRODUÇÃO-VALINHOS
FUNÇÃO: FISCAL DE FÁBRICA DA SILVA
FUNÇÃO: AGENTE OBRATELHA
Doc: 80.946/00618
Sexo: M
Natural de: SERGIPE
EXATE: PEDRO AMISSIBARA
Est. Civil: CASADO
Nasc.: 05/02/1960
Idade: 47 anos.
Setor: SAÚDE
Ass: VERGÍNIA OBRATELHA
Risco Específico: ACIDENTE/ERGONOMIA
Em cumprimento a legislação trabalhista, art. 158 e 159 da Seção V do Capítulo II da CLT, leis no. 7852/39 e 833/77, portaria 3214/78 (RR) e portaria no. 24 de 19.12.94 (PMSO), Atesto que o(a) funcionário(a) acima citado(a) foi clinicamente examinado(a), sendo que goza no momento de saúde física e mental e não é portador de doença infeccio-contagiosa constatável no exame clínico. Sendo considerado:

APT0 PARA A FUNÇÃO.

ORIENTAÇÕES MÉDICAS

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

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

TESTE DE AGILIDADE VISUAL em 23/11/2007

Data: 23/11/2007
Validade: 23/11/2010

EXAME VIA DA EMPRESA ILUMINADA

RECEBI a 2ª Via deste Atestado

FRANCISCA SILVA

2007-0001-1000

Médico Examinador

Dr. Nivaldo S. Ramos
Médico do Trabalho
CRM-MG 100.100

TESTE

TESTE
Início do exame: 03/03/2007 Final do exame: 07:01:39

DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO

Empresa		C.N.P.J	
INSTITUTO DE DESENVOLVIMENTO DE PROGRAMAS - IDEP		04.739.848/0001-98	
Registro:	Nome		
03586	FRANCISCO DA SILVA		
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		

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 10865030011		11-Nome FRANCISCO DA SILVA 03586	
	12-Endereço (Logradouro, N°, Andar, Apartamento) RUA PORTO ALEGRE 2554			13-Bairro BELA VISTA
	14-Município SORRISO	15-UF MT	16-CEP	17-Carteira de Trabalho (N°, Série, UF) 0080946 / 000618 / MT
	18-CPF 40057615934	19-Data de Nascimento 05/02/1960	20-Nome da Mãe VERGINIA GRACIOLI	
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

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 Sorriso - Mt, 09 de Dezembro de 2009		57-Carimbo e Assinatura do Empregador ou Preposto <i>Alexandro Veiga</i> Coordenador Administrativo Isania Aparecida Prucopio da Silva Gerente de RH CPF 571.329.761-68	
	58-Assinatura do Trabalhador <i>[Assinatura]</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	
	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 10865030011		11-Nome FRANCISCO DA SILVA 03586	
	12-Endereço (Logradouro, N°, Andar, Apartamento) RUA PORTO ALEGRE 2554			13-Bairro BELA VISTA
	14-Município SORRISO	15-UF MT	16-CEP	17-Carteira de Trabalho (N°, Série, UF) 0080946 / 000618 / MT
	18-CPF 40057615934	19-Data de Nascimento 05/02/1960	20-Nome da Mãe VERGINIA GRACIOLI	

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	13o.: 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.		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 Recbimento Sorriso - Mt, 09 de Dezembro de 2009		57-Carimbo e Assinatura do Empregador <i>Alexandro Vêga</i> Coordenador Administrativo IDEP SORRISO Isania Aparecida Procopio da Silva Gerente de RH CPF 571.329.761-68	
	58-Assinatura do Trabalhador <i>[Assinatura]</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 0943 C2 00173 6 8 KHA 000428 C3 R5 (412,45)
 Pague-se por este cheque a quantia de QUATROCENTOS E DOZE REAIS E QUARENTA E CINCO CENTAVOS
 FRANCISCO DA SILVA



CUIABA 09 DEZEMBRO 2009

SORRISO-MT
 AV NATALINO J. BRESANSIN 321 TEL. 3544-1260
 Juridica

INSTITUTO DE DESENVOLVIMENTO DE PROGRAMAS IDEP
 CNPJ 04739848-0001-98
 CLIENTE BANCÁRIO DESDE 08/2009
 \$412,45\$



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	Nº DOC	VALOR
09/12/2009	Francisco da Silva	000428	R\$ 412,45

LANÇADOS

CARLOS ALBERTO SANTANA
 PRESIDENTE

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador **C.W. Anselm Recursos Humanos**
 Rua **Av. Senador Melo** **2015**
 Cidade **Cuiabá** **MT**
 C.P.S. **00644253/0008-02**
 Cargo **Aux. serv. gerais**

Data admissão **29** de **março** de **2008**

Registro nº **3569** Fls/Ficha

Remuneração especificada **R\$ 180,00 (centos e oitenta reais) p/mês**

C.W. Anselm Recursos Humanos

Data saída de de 19

Ass. do empregador ou a rgo c/ test.

04.739.848/0001-98

Empregador **INSTITUTO DE DESENVOLVIMENTO DE PROGRAMAS IDEP**

Rua **Rua Esmeralda, 669 Bosque da Saúde**

Município **Cuiabá - MT**

Esp. do estabelecimento **CEP 78.050-050 CUIABÁ - MT**

Cargo **Agente de Prevenção e Conservação**

Data admissão **24** de **Novembro** de **2009**

Registro nº **3569** Fls/Ficha

Remuneração especificada **R\$ 400,00 p/quinzena (Quatrocentos reais)**

Alexandro Veiga
 Ass. do empregador **Coordenador Administrativo IDEP SORRISO**

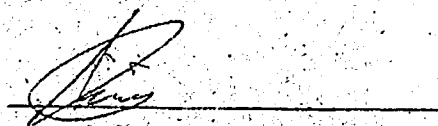
Data saída **08** de **Dezembro** de **2009**

Alexandro Veiga
 Ass. do empregador **Coordenador Administrativo IDEP SORRISO**

DECLARAÇÃO DE RECEBIMENTO DE CTPS

Eu, Francisco da Silva, declaro que recebi a CTPS n.º 80946 série 618/SC com as devidas anotações, na pag.21, na presente data.

Sorriso, MT, 09 de Dezembro de 2009.



Francisco da Silva

FOLHA PONTO



IDEP

Instituto de Desenvolvimento

SORRISO

Defesa e Conservação do Meio Ambiente

FRANCISCO DA SILVA

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	6:05	11:10	12:50	17:40	<i>[Signature]</i>	
25/11/2009	6:50	11:50	12:40	17:50	<i>[Signature]</i>	
26/11/2009	6:40	11:30	12:30	17:30	<i>[Signature]</i>	
27/11/2009	7:20	11:40	12:50	17:20	<i>[Signature]</i>	
28/11/2009	Sab	-	-	-	-	
29/11/2009	Dom	-	-	-	-	
30/11/2009	6:30	11:20	12:30	17:10	<i>[Signature]</i>	
01/12/2009	7:10	11:10	12:20	17:20	<i>[Signature]</i>	
02/12/2009	7:50	11:40	12:40	17:50	<i>[Signature]</i>	
03/12/2009	6:20	11:50	12:10	17:40	<i>[Signature]</i>	
04/12/2009	6:10	11:30	12:00	17:30	<i>[Signature]</i>	
05/12/2009	Sab	-	-	-	-	
06/12/2009	Dom	-	-	-	-	
07/12/2009	7:20	11:20	12:10	17:30	<i>[Signature]</i>	
08/12/2009	6:40	11:30	12:50	17:30	<i>[Signature]</i>	
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, 31/12/2009

FRANCISCO DA SILVA

Coordenador

[Signature]
 Eliângela Lúcia Garlindo



INSTITUTO DE DESENVOLVIMENTO
DE PROGRAMAS

Cidade do registro:

SORRISO - M.A.

Nº Cadastro:

3611

Cargo:

AG. Pres. CONFER.

Pretensão salarial:

R\$ 400,00



DADOS PESSOAIS DO CANDIDATO

Nome	Francisco das Chagas de Araujo	Sobrenome		Sexo	
Endereço				Número	
Bairro	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	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	Data Emissão
IMP. RENDA (CIC OU CPF):	Controle	Região Fiscal	Válido Até	
CERT. RESERVISTA:	Série	Categoria	Região Militar	Data Emissão
PIS / PASEP:	Banco	Agência		
CART. MODELO 19 (SE ESTRANGEIRO):	E 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, **FRANCISCO DAS CHAGAS DE ARAUJO** portador da Carteira de Trabalho sob nº 95166, série 0003-MA, portador de Cédula de Identidade RG sob o nº 032624962007-3 e CPF nº 038.938.093-84, 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 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.

Francisco das Chagas de Araujo
Assinatura do Empregado

Alexandro Veiga
Coordenador Administrativo
IDEP SORRISO

Assinatura do Empregador

Testemunhas:

1.
CPF

2.
CPF

54-24/11/2009-09:36:31

PRO LAURE SURSUS SERVICIOS DE MEDICINA OCUPACIONAL
RUA ZULMAR BERTULI 104 - CENTRO-SERRA/MT - CEP: 02.480.730/0001-62
*** ATESTADO DE SAUDE OUPACIONAL ***

Empresa: INSTITUTO DE DESENVOLVIMENTO DE PROJETOS/CIENÇA
Funcionário: FRANCISCO DAS CHAGAS DE ARAUJO
Função: AGENT. CUMPRATE DEBITE
Doc: 326249620073 SSP-PA
Sexo: M
Natural de: JOSELÂNDIA
Est. Civil: SOLTEIRO
Mae: MARIA DO CARMO DE ARAUJO
Nasc.: 29/02/1988
Idade: 21 anos.
Setor: SAUDE

EXAME MEDICO ADMISSIVO
Grau de Risco: 2 Risco Especifico: ALIENIE/EXORAMPHIO
Em cumprimento a legislação Trabalhista, art. 168 e 169 da Secao V do Capitulo II da LIT, leis no. 7855/89 e 6314/77 portaria 3214/78 (NR) e portaria no. 24 de 19.12.94 (PDEO). Atesto que o(a) funcionario(a) acima citado(a) foi clinicamente examinado(a), sendo que goza no momento de saúde fisica e mental e nao é portador de doença infecto-contagiosa constatavel no exame clinico, sendo considerado:

APTO PARA A FUNCAO

ORIENTACOES MEDICAS

SEM OBRIGATORIO DE EQUIP. DE PROTECAO INDIVIDUAL DE ACORDO COM A FUNCAO E CONFERIR NR6

...
...
...

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

TESTE DE AGUDEZA VISUAL em 24/11/2009 :

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

*** VIA DA EMPRESA LIT ***

Recebi a 2ª Via deste Atestado

Francisco das Chagas de Araujo
FRANCISCO DAS CHAGAS DE ARAUJO

Dr. Nivaldo S. Ramos
Médico do Trabalho
CRM-MT 27062

*** LIT ***
Medico Examinador

TESTE
TESTE

início do exame: 09:33:44 Final do exame: 09:36:31

DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO

Empresa		C.N.P.J		
INSTITUTO DE DESENVOLVIMENTO DE PROGRAMAS - IDEP		04.739.848/0001-98		
Registro	Nome			
03611	FRANCISCO DAS CHAGAS DE ARAUJO			
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		

Francisco das Chagas de Araujo

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 20971732293		11-Nome FRANCISCO DAS CHAGAS DE ARAUJO 03611		
	12-Endereço (Logradouro, N°, Andar, Apartamento) LUPICINIO RODRIGUES 3103				13-Bairro INDEFINIDO
	14-Município Soriso	15-UF MT	16-CEP	17-Carteira de Trabalho (N°, Série, UF) 0095166 / 000003 / MA	
	18-CPF 03893809384	19-Data de Nascimento 29/02/1988	20-Nome da Mãe MARIA DO CARMO DE ARAUJO		
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

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 Recehimento Soriso - Mt, 09 de Dezembro de 2009	57-Carimbo e Assinatura do Empregador ou Preposto <i>Alexandro Veiga</i> Coordenador Administrativo
	58-Assinatura do Trabalhador <i>Francisco das Chagas de Araujo</i>	Isania Aparecida Rodrigues 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 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, Nº, 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 20971732293		11-Nome FRANCISCO DAS CHAGAS DE ARAUJO 03611	
	12-Endereço (Logradouro, Nº, Andar, Apartamento) LUPICINIO RODRIGUES 3103			13-Bairro INDEFINIDO
	14-Município Soriso	15-UF MT	16-CEP	17-Carteira de Trabalho (Nº, Série, UF) 0095166 / 000003 / MA
	18-CPF 03893809384	19-Data de Nascimento 29/02/1988	20-Nome da Mãe MARIA DO CARMO DE ARAUJO	
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 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 Empregador ou Preposto <i>Alexandro Veiga</i> Coordenador Administrativo IDEP SORRISO		
	58-Assinatura do Trabalhador <i>Francisco das Chagas de Araujo</i>		59-Assinatura do Responsável legal do Trabalhador 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.		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 00173 6 0 KHA N° do cheque 000426 C3 RS (412,45)
 Pagou-se por este cheque a quantia de QUATROCENTOS E DOZE REAIS E QUARENTA E CINCO CENTAVOS
 FRANCISCO DAS CHAGAS DE ARAUJO



CUIABA 09 DEZEMBRO de 2009

SORRISO-MT
 AV NATALINO J BRESANSIN 321 TEL. 3544-1286
 Jurídica

INSTITUTO DE DESENVOLVIMENTO DE PROGRAMAS IDEP
 CNPJ 04739848/0001-98
 CLIENTE BANCÁRIO DESDE 09/2009

39909439 000004265 709630017369



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	NOME	Nº DOC	VALOR
09/12/2009	Francisco das Chagas de Araujo	000426	R\$ 412,45

LANÇADOS

CARLOS ALBERTO SANTANA
 PRESIDENTE



Instituto de
Desenvolvimento
de Programas

DECLARAÇÃO DE RECEBIMENTO DE CTPS

Eu, Francisco das Chagas de Araujo, declaro que recebi a CTPS n. 095166 série 00031/MA, com as devidas anotações, na pag. 16, na presente data.

Sorriso, MT; 09 de Dezembro de 2009.

Francisco das Chagas de Araujo
Francisco das Chagas de Araujo

CONTRATO DE TRABALHO
04.739.875/0001-98

Empregador **INSTITUTO DE DESENVOLVIMENTO
DE PROGRAMAS IDEP**

CNPJ/MF

Rua **Rua Esmeralda, 669 Bosque da Saúde**

Município **CEP 78.050-050 QUABÁ - MT**

Esp. do estabelecimento

Cargo **Agente de Prevenção e Controle**

Data admissão **24** de **Novembro** de **2009**

Registro nº **3583** Fls./Ficha

Remuneração especificada **R\$ 400,00 p/mês**

quinhenta (quinhentos reais)

Alexandro Veiga

Coordenador Administrativo

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º **2º**

Data saída **05** de **Dezembro** de **2009**

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º **2º**

Com. Dispensa CD Nº

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador

CNPJ/MF

Rua Nº

Município Est.

Esp. do estabelecimento

Cargo

CBO nº

Data admissão de de

Registro nº Fls./Ficha

Remuneração especificada

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º

Data saída de de

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º

Com. Dispensa CD Nº

FOLHA PONTO



IDEP

Instituto de Desenvolvimento

SORRISO

Defesa e Conservação do Meio Ambiente

FRANCISCO DAS CHAGAS DE ARAUJO

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

Francisco das Chagas de Araujo

FRANCISCO DAS CHAGAS DE ARAUJO

Coordenador

Elisângela Dias Garlindo



INSTITUTO DE DESENVOLVIMENTO
DE PROGRAMAS

Cidade do registro:

SORRISO - NeioAmb

Nº Cadastro:

3567

Cargo:

Ag. PREU. CONSER.

Pretensão salarial:

R\$ 400,00



DADOS PESSOAIS DO CANDIDATO

Nome:	Francisco das Chagas de Sousa	Sobrenome:	Lima	Sexo:			
Endereço:					Número:		
Bairro:		Cidade:		Estado:		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) Esposo(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. RESÉRVISTA:	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 ☐ N° ☐ OAB ☐ OUTRO

BENEFICIÁRIOS E DEPENDENTES

Nome:	Parentesco:	Nacionalidade:	Data Nascimento:

SITUAÇÃO EDUCACIONAL

Escolaridade:	Concluiu:	Estabelecimento:
Cursos Realizados:		

FEO LAECHE SERVIÇOS DE MEDICINA OCUPACIONAL
RUA ZULMAR RENTIL 104 - CENTRO-SORRISO/MT - CEP 02.480.730/0001-62 17-24/11/2009-09:23:34
*** ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL ***

Empresa: INSTITUTO DE DESENVOLVIMENTO DE PROTEÇÃO/OUTRA
Função: FRANCISCO DAS DARGAS DE SOUSA LIMA
Função: AGENTE COMITÊ DE SEGURANÇA
Doc: 897700220059 SSP-MT
Natural de: SANTO A. DOS LOPES Est. Civil: SOLTEIRO
EXAME MÉDICO ADMISSÃO
Idade: 23 anos.
Nasc.: 125/08/1986
Nasc.: MARIA DE SOUSA LIMA
Setor: SAÚDE
Risco Específico: ALERGIA/ERANJINIO
Em cumprimento a legislação trabalhista, art. 158 e 159 da Seção V do Capítulo II da CLT, leis no. 2899/89 e 6514/77 portaria 3214/78 (NR) e portaria no. 24 de 19.12.94 (PORTO). Atesto que o(a) funcionário(a) acima citado(a) foi clinicamente examinado(a), sendo que goza no momento de saúde física e mental e não é portador de doença infecto-contagiosa 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 CONFORME NR6
VACINAR TETANO E FERRE APARELA / (POSTO DE SAÚDE) ...

O exame médico realizado consta de: anamnese pessoal e profissional, medição 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 24/11/2009

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

ASSINTE VIA DA EMPRESA 11/11/09

TESTE
TESTE

Assinatura do Examinador (Dr. Almeida Ramos)

Dr. Almeida Ramos
Médico em Exercício
CRM 2604-MT
Pro Labore

Assinatura do Examinador (Dr. Almeida Ramos)

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, FRANCISCO DAS CHAGAS DE SOUSA LIMA portador da Carteira de Trabalho sob nº. 65770, série 00033/MA, portador de Cédula de Identidade RG sob o nº. 029970022005-9 e CPF nº. 045.631.533-03, 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.

Francisco das Chagas de Sousa
Assinatura do Empregado

Alexandro Veiga
Coordenador Administrativo
Assinatura do Empregador

Testemunhas:

1 - CPF

2 - CPF

DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO

Empresa		C.N.P.J.	
INSTITUTO DE DESENVOLVIMENTO DE PROGRAMAS - IDEP		04.739.848/0001-93	
Registro	Nome		
03587	FRANCISCO DAS CHAGAS DE SOUSA 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		7,46
Totais		93,33	7,46
		LÍQUIDO	85,87

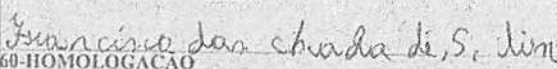
BASES			
Sal.Base:	400,00	FGTS do Mês:	7,47
Base INSS:	93,33	Base IRRF:	93,33
Base FGTS:	93,33		

Francisco das Chagas de Sousa Lima

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 20132602797		11-Nome FRANCISCO DAS CHAGAS DE SOUSA LIMA 03567	
	12-Endereço (Logradouro, N°, Andar, Apartamento) LUPINIO RODRIGUES 30			13-Bairro INDEFINIDO
	14-Município SORRISO	15-UF MT	16-CEP	17-Carteira de Trabalho (N°, Série, UF) 0065770 / 000033 / MA
	18-CPF 04563153303	19-Data de Nascimento 29/08/1986	20-Nome da Mãe MARIA DE SOUSA 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.Previo: 400,00		22-Data Admissão 24/11/2009	23-Data A. Previo
	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

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 Sorriso - Mt, 09 de Dezembro de 2009		57-Carimbo e Assinatura do Empregador ou Preposto  Alexandro Velga Coordenador Administrativo Isania Aparecida de Jesus Gerente de RH CPF 571.329.761-68		
	58-Assinatura do Trabalhador  Francisco das Chagas de S. Lima		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 20132602797		11-Nome FRANCISCO DAS CHAGAS DE SOUSA LIMA 03567		
	12-Endereço (Logradouro, N°, Andar, Apartamento) LUPINIO RODRIGUES 30			13-Bairro INDEFINIDO	
	14-Município SORRISO	15-UF MT	16-CEP	17-Carteira de Trabalho (N°, Série, UF) 0065770 / 000033 / MA	
	18-CPF 04563153303	19-Data de Nascimento 29/08/1986	20-Nome da Mãe MÁRIA DE SOUSA 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.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 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	
FORMALIZAÇÃO DA RESCISÃO	56-Local e Data do Recebimento Sorriso - Mt, 09 de Dezembro de 2009		57-Carimbo e Assinatura do Representante Legal do <i>Alexandro Veiga</i> Coordenador Administrativo IDEP SORRISO		
	58-Assinatura do Trabalhador <i>Francisco das Chagas de S. Lima</i>		59-Assinatura do Responsável legal do Trabalhador 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.		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



Demonstrativo do Trabalhador de Rescisão FGTs Rescisão

Versão do Aplicativo: 2.0.2 13/08/2007

Identificador: 10756739037551890

Dados do Empregador

Razão Social: IDEP

CNPJ/CEI: 04.739.349/0001-08

Endereço

Logradouro: ESMERALDA689

Bairro: BOSQUE DA SAUDE

Cidade: CUIABA

UF: MT

CEP: 78.050-050

FPAS: 515

Simplex: 1

CNAE: 9430800

CNPJ/CEI Tomador de serviço: 03.239.076/0001-62

Dados do Trabalhador

Nome: FRANCISCO DAS CHAGAS DE SOUSA LIMA

PIS/PASEP: 20132602797

Admissão: 24/11/2009

Categoria: 01

Data Nascimento: 29/08/1986

Data Opção: 24/11/2009

CTPS: 0065770/00033

Movimentação: 08/12/2009 - 13

Aviso Prévio: 3

Dissídio/Acordo:

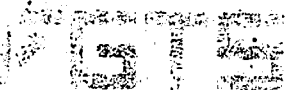
Informações Financeiras

	Mês Anterior a Rescisão	Mês Rescisão	Aviso Prévio Indenizado	Multa Rescisória
Remuneração/Saldo	0,00	306,67	0,00	0,00
Depósito	0,00	24,53	0,00	0,00
JAM	0,00	0,00	0,00	0,00
Encargos	0,00	0,00	0,00	0,00
Contrib.Social	0,00	0,00	0,00	0,00

Valor Trabalhador: 24,53

Valor Devido pela Empresa: 24,53

Cabe ao trabalhador os valores de Depósito e JAM



GRRF - Guia de Recolhimento Rescisório do FGTS

Gerada em: 10/12/2009 18:40:38

FUNDO DE GARANTIA DO TEMPO DE SERVIÇO

Versão do Aplicativo: 2.0.2 - 13/03/2007

Razão social/Nome

IDEP

02 - CNPJ/CEI

04.739.848/0001-99

Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento)

ESMERALDA669

01 - Contato/DDD/telefone

65-36481800

05 - CEP

78.050-050

06 - Bairro/Distrito

BOSQUE DA SAUDE

07 - Município

CUIABA

08 - UF

MT

09 - FIAS

515

10 - Simples

11 - Outras Informações

11- Identificador

10756719037551890

12- Total a Recolher

24,53

13- Data de Validade = 11/12/2009

Atenção: não receber após Validade

Código de Barras

858500000002

245302392001

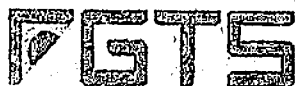
912111075670

190375518900

Autenticação mecânica

LANÇADOS

Via Empresa



GRRF - Guia de Recolhimento Rescisório do FGTS

Gerada em 10/12/2009 18:40:38

FUNDO DE GARANTIA DO TEMPO DE SERVIÇO

Versão do Aplicativo: 2.0.2 - 13/03/2007

01 - Razão social/Nome

IDEP

02 - CNPJ/CEI

04.739.848/0001-98

03 - Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento)

ESMERALDA669

04 - Contato/DDD/telefone

65-36481800

05 - CEP

78.050-050

06 - Bairro/Distrito

BOSQUE DA SAUDE

07 - Município

CUIABA

08 - UF

MT

09 - FIAS

515

10 - Simples

11 - Outras Informações

11- Identificador

10756719037551890

12- Total a Recolher

24,53

13- Data de Validade = 11/12/2009

Atenção: não receber após Validade

Código de Barras

858500000002

245302392001

912111075670

190375518900

Autenticação mecânica



Via Empresa