

LIVRO PARA O REGISTRO DE PROFESSORES E
AUXILIARES DA ADMINISTRAÇÃO ESCOLAR,

de acôrdo com o Decreto-Lei n.º 2.028 de 22-2-940 - Mod. 6

Colégio Ateneu Paulista

NOME DO ESTABELECIMENTO

Rua Dr. Durães n.º 1791

RUA E NÚMERO

Gaúpinas

MUNICÍPIO E ESTADO

Estado de S. Paulo.

Lira n.º **2**

X

N.º 2
1 de Setembro de 1941
31 de Maio de 1944

	Admitido	
Fls. 16 - Sebastião Rodrigues dos Santos	1 - 3 - 1942	Aposentado
Fls. 30 - Otavio Carvalho Queiroz	16 - 6 - 1942	+2ª. Admissão
Fls. 34 - Benedito Carlos Machado	1 - 1 - 1943	
Fls. 74 - Sebastião Silva	16 - 9 - 1943	SAIU - 24-10-1958
Fls. 85 - Antonia Maria Goncalves	1 - 11 - 1943	SAIU - 20-12-1958

tados e Território do Acre, pela entidade correspondente;

c) fôlha corrida, expedida pela autoridade competente do domicílio do interessado;

d) atestado firmado por pessoa idônea, de que o requerente não responde a processo nem sofreu condenação por crime de natureza infamante;

e) atestado de que não sofre de doença contagiosa, passado pelo Departamento Nacional de Saúde, no Distrito Federal, ou pela autoridade sanitária correspondente, estadual ou municipal;

f) carteira profissional, devidamente anotada pelo empregador.

§ 1.º A carteira de identidade de estrangeiro exigida para que se efetue o Registro será a carteira de identidade instituída pelo art. 135 do Decreto n.º 3010, de 20 de Agosto de 1938.

§ 2.º A anotação referente à apresentação da carteira a que alude o parágrafo anterior e do atestado de bons antecedentes que, além de outros documentos, se exige do estrangeiro far-se-á, à guisa de observações, no livro próprio, de acôrdo com o modelo n.º 2.

Art. 3.º Os professores e auxiliares da administração escolar que já contarem mais de dez anos de exercício da profissão, provando-o de modo idôneo, ficam dispensados da apresentação da fôlha corrida e do atestado negativo de responder a processo e de haver sofrido condenação por crime de natureza infamante (parágrafos 1.º e 2.º do art. 16 do Decreto-Lei n.º 2028 de 22 de Fevereiro de 1940).

Parágrafo único. A comprovação a que alude este artigo far-se-á com os documentos seguintes:

a) atestado de um ou mais estabelecimentos escolares, com as firmas devidamente reconhecidas, declaratório de atividade profissional exercida no período de dez anos, compreendido entre 28 de Fevereiro de 1930 a igual data de 1940.

b) carteira profissional com anotação a respeito.

Art. 4.º Para os efeitos de Registro, incluem-se entre os professores os diretores que exerçam o magistério e entre os auxiliares da administração escolar os inspetores de disciplina, bedéis, guardiães, funcionários da Secretaria, médicos, enfermeiros, serventes, motoristas, copeiros, cozinheiros e porteiros.

§ 1.º Os auxiliares da administração ficam dispensados da apresentação do certificado de habilitação a que se refere a alínea a do § 1.º do art. 1.º do Decreto-lei n.º 2028, de 22 de Fevereiro de 1940.

Art. 5.º Os pedidos de registro serão feitos pelos próprios interessados ou pelo respectivo sindicato.

Art. 6.º O chefe da repartição registradora designará os serventuários que deverão encarregar-se dos trabalhos da inscrição.

Parágrafo único. O encarregado de fazer as anotações referentes ao Registro lavrará, segundo o modelo 3, o termo de abertura do livro, cujas fôlhas serão numeradas e rubricada pelo serventuário designado.

Art. 7.º Instruído o processo, despacha-lo-á o chefe da repartição, que ordenará, ou não, o registro, cabendo recurso do seu ato para o diretor do Departamento Nacional do Trabalho.

Art. 8.º Feita a inscrição, será lançada na carteira profissional do requerente, de conformidade com o modelo 4, a anotação determinada pelo art. 3.º do Decreto-Lei n.º 2028, de 22 de Fevereiro de 1940.

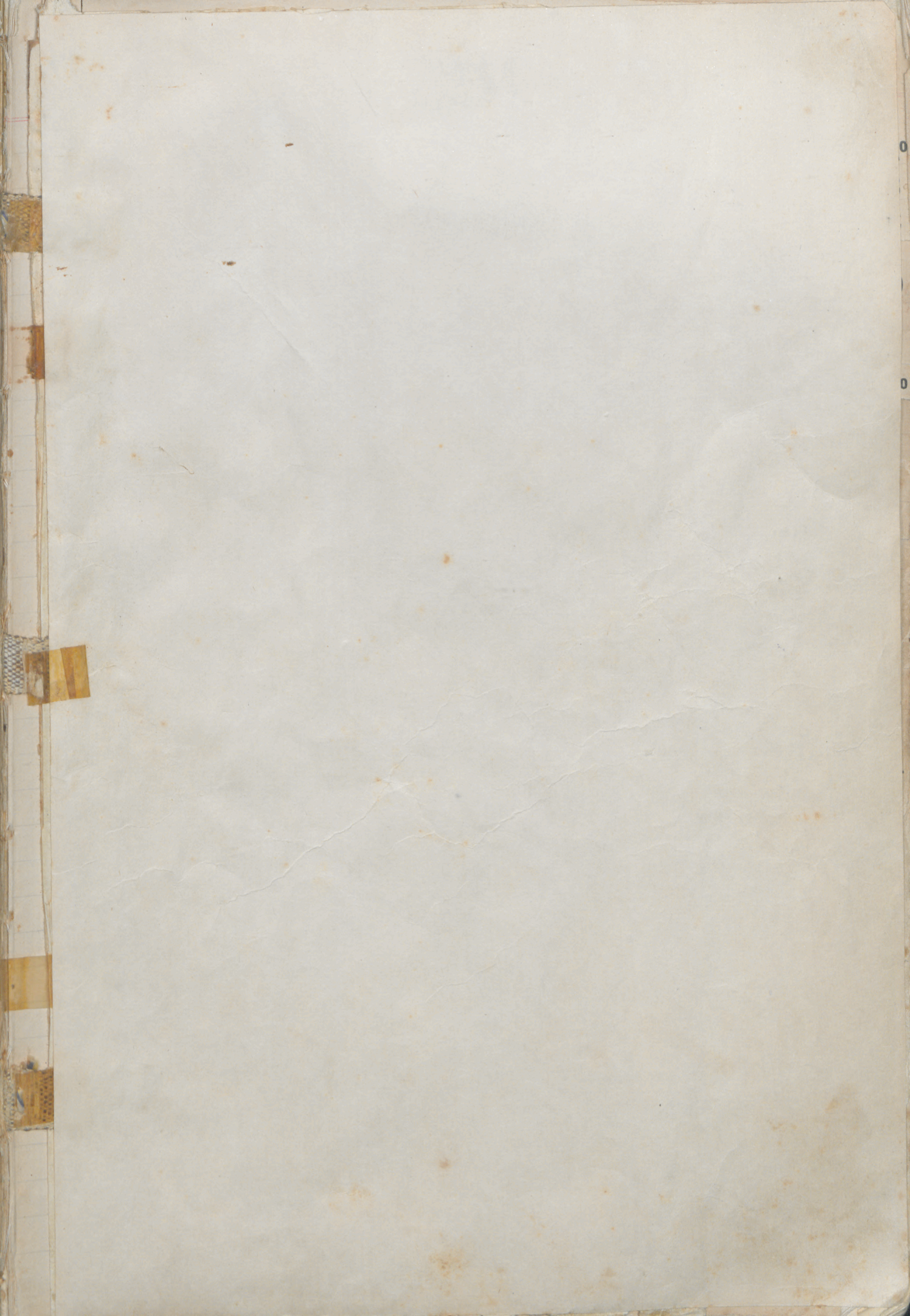
§ 1.º A anotação receberá o "visto" da autoridade ordenadora do registro e a chancela da repartição.

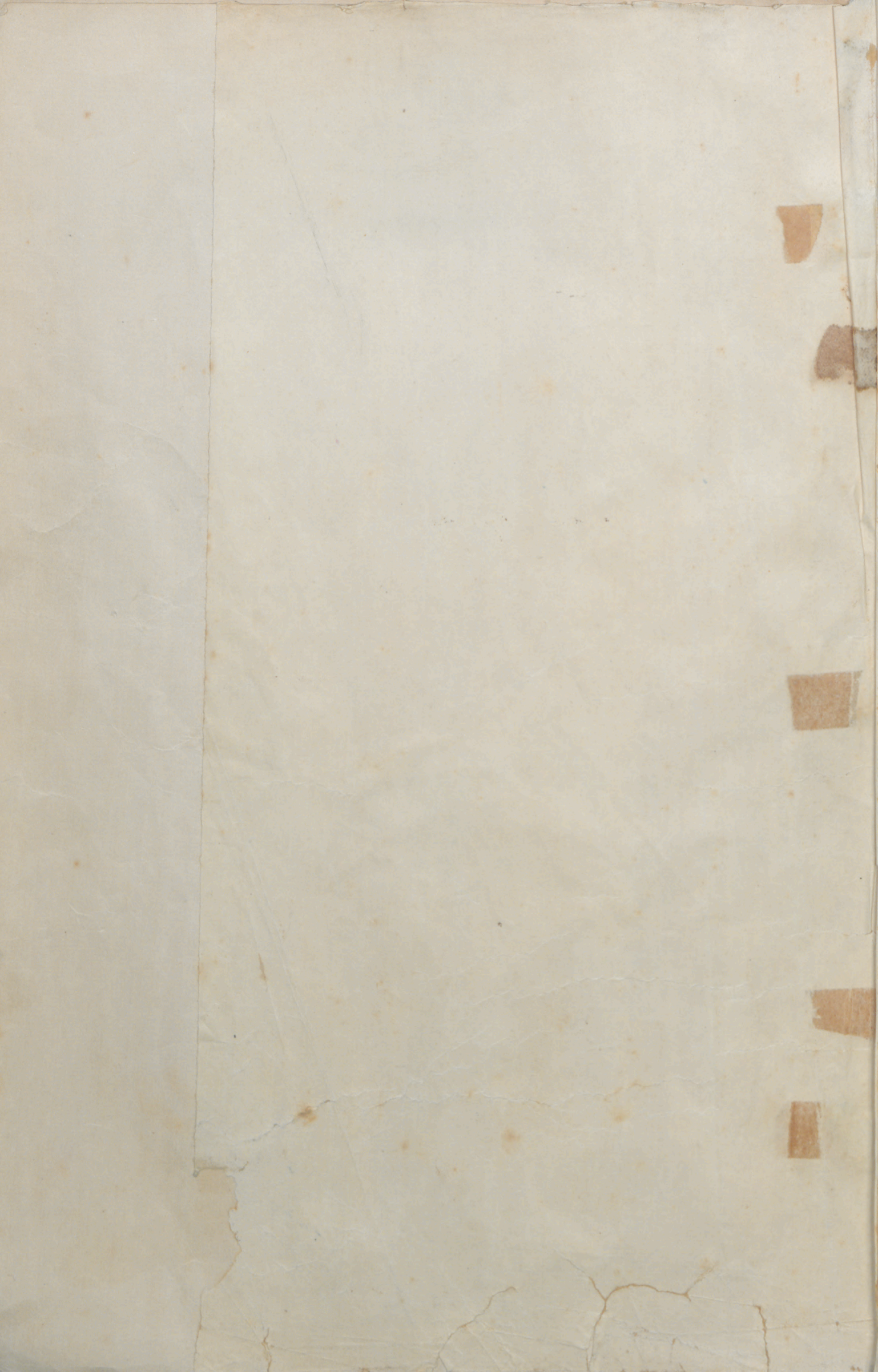
§ 2.º A carteira profissional, anexada provisoriamente ao processo, dentro de sobrecarta ou outro envoltório, de modo que se evite sua perfuração, será restituída ao interessado, depois de despachado o pedido.

Art. 9.º Após a inscrição, far-se-á também a competente anotação na ficha de identificação do requerente.

Parágrafo único. Quando o registro se efetuar em repartição diferente daquela em que se houver processado a identificação será esta última notificada a respeito.

Art. 10.º O prazo para o registro termina, em todo o País, a 28 de Fevereiro de 1941.

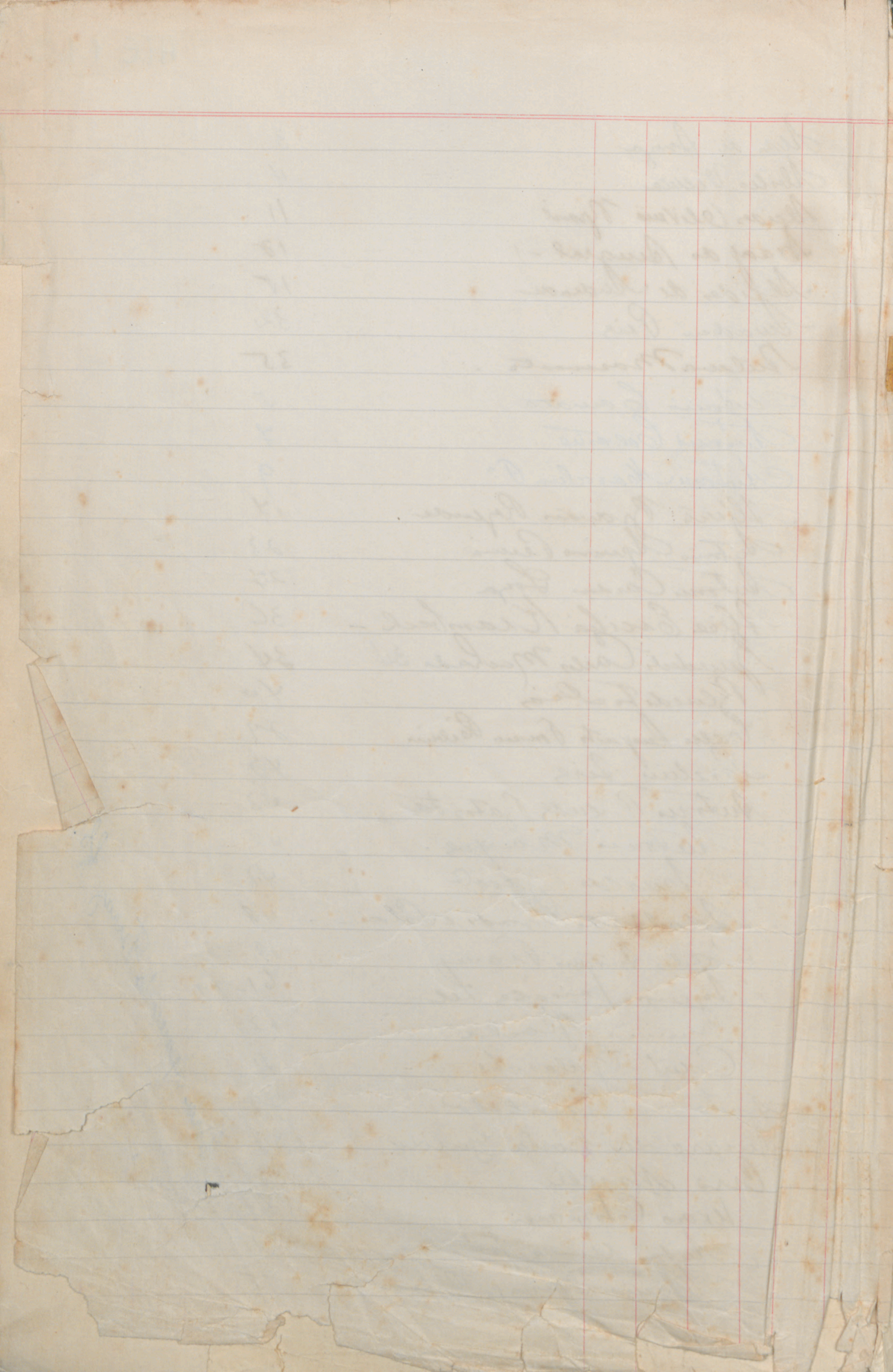




Alida de Souza	3
Alirio Villela	4
Alcides Oliveira Franck	11
Araújo do Azevedo - 1	17
Alfides de Andrade	15
Amadeu Pires	32
Antônio Maranhão	35
Antônio Cavata	5
Antônio Calastre	7
Antônio Marcelino F.	9
Alcides Brandão Rezende	17
Antônio Aquino Pereira	23
Antônio Carlos Souza	27
Alice Escifica Krambeck -	36
Benedetto Carlos Machado 34	34
Benedito Dias	40
Celso Augusto Fonseca Ribeiro	29
Arvelino Aires	42
Antônio Mendes Batista	43
Antônio Marques	44
Arnaldo Jacob	45
Adalberto Prado e Silva	48
Carlos Augusto Franey	58
Agostinho Soares Lima	61-74
Armando Gluck	63
Christ Galasche	71
Antônio Rinaldo	79
Amaro da Costa Guido	81
Ciro Morelli	83
Arão Cotomqui	87
Antônio Maria Fonseca	85
Alcides Moraes Queiroz	95

Carla Aparecida Funes 85-55

A
Aº
B
C



Francisco Verdade - 19	
Francisco de Almeida - 25	
Francisco Machado de Saunon	31
Francisco fazoli	39
Henrico Cavajm -	38
Floravante Parin	60

Eduardo Rodrigues Leite	54
Ernesto Steyer So	50
Ernesto O'Leary de Barros	70
Eleuterio Bosis	73

Donato Jamouso de Luna	75
Regalua Aguedo Moreira	80

D
E
F
F^o
G
H
I
J
J^e
J^o
J^m
K
L
M
M^l
N
O
P
Q
R
S
T
U
V
W
X
Y
Z

Guido Antonio Pertile 56
Hil delgado Liguera - 86
Honorio P. Miguel Garduín —

96

G
H
I
J
JE
JO
JM
K
L
M
M^L
N
O
P
Q
R
S
T
U
V
W
X
Y
Z

João Mendonça 10
 Joaquim de Godoy - 14
 João Jacob 41
 João Cruzara 47
 João Lourenço - 49
 João Rodrigues Lima - 57
 José Brandi - 59
 José Terran - 67
 José Cardoso - 72
 José Marini 76
 João Batista Pivade - 88
 José Rosa - 84
 José Santos Campos - 89
 José Caberji 98
 José Leite Campos - 92.

JE
 JO
 JM
 K
 L
 M
 M^L
 N
 O
 P
 Q
 R
 S
 T
 U
 V
 W
 X
 Y
 Z

Maria Joaquina	57
Maria Nardo	39
Mariana Rosa	6

Luiz Rorani	8
Luiz Luciano	33
Luiz Domingos Pereira	53
Nyrad Menzen Faria	1
Nelson Queiroz	22
Marcos José Faria	62
Maria de Lourdes Pedreira	68
Manoel de Jesus	82
Maria Helena	90
Manoel Benício Moreira Faria	91

L
M
M^L
N
O
P
Q
R
S
T
U
V
W
X
Y
Z

Oscar de Oliveira

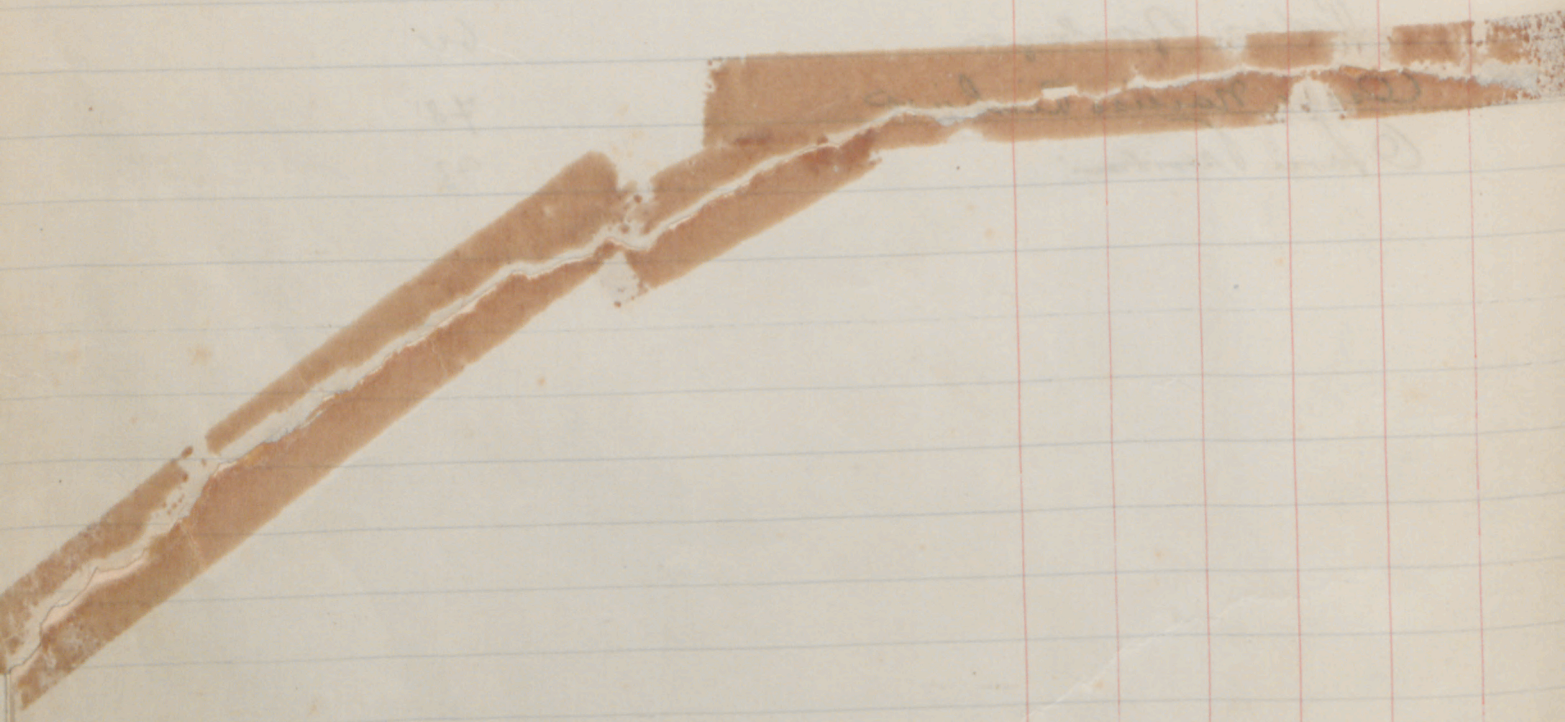
2-20

Ruy Pires de Magalhães	21
J. René Pereira Chaves	28
Roberto Barral Franca —	65
Rosina Renato —	77
Romen Caudido —	100
Erlando Laurenti	97
Erlando Pires	66
Octavio Carvalho Queiroz	30
Pedro Barbosa	64
Oscar Narciso Ribeiro	78
Otávio Trevisan	93

O
P
Q
R
S
T
U
V
W
X
Y
Z

10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30

[Faint, illegible handwriting in a ledger format, possibly containing names and dates.]

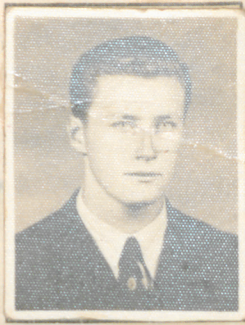


Sebastião Pedro Jma	13-46
Sebastião Rodrigues dos Santos	16
Sebastião Virgolino da Silva	26
Sebastião Elias Almeida	37
Sebastião Cadeas Queiroz	59
Sebastião Silva	74

Protonio de Alencar	24
Sereza Procy Franca	69

Los' Ferreira de Souza - 18

W
X
Y
Z



Número de Ordem _____

NOME *Nyrad Benzen Faria*

Filiação { Pai *Dorval Nabor de Faria*
Mãe *D. Eugenia Benzen Faria*

Nascimento { Data *15 de Junho de 1917*
Lugar *Campus*

Nacionalidade *Brasileira*

Quando estrangeiro { É casado com brasileira? _____
Tem filhos brasileiros? _____
Data em que chegou ao Brasil _____
Carteira de identidade modelo n.º 19, n.º _____

Residência *Automi Cezario 579*

Nome dos beneficiários *Soltuis*

Número do Registro Profissional *485* Carteira Profissional *23709* série *63ª*

Carteira Sindical n.º _____ Carteira de Reservista n.º *104009*

Carteira do Instituto ou Caixa de Aposentadoria e Pensões, n.º _____

Categoria _____ Função *Auxiliar de Educação Física*

Vencimentos *200 \$ 000* (*Duzentos mil reis* por extenso)

Forma de pagamento *mensal* Comissões _____

Utilidades \$ _____ Gorjetas ou gratificações \$ _____

Horário normal de trabalho, das _____ às _____ horas, com o intervalo de _____ para refeição e descanso.

Data de admissão, 1.º de *Setembro* de 19*41*

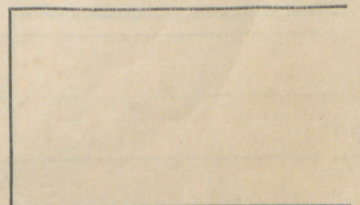
Campus, 1.º de *Setembro* de 19*41*

Nyrad Benzen Faria
(ASSINATURA DO EMPREGADO)

Data da saída, *13* de *Março* de 19*45*

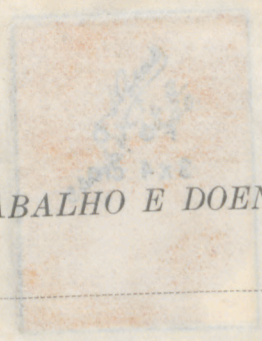
Nyrad Benzen Faria
(ASSINATURA DO EMPREGADO)

POLEGAR DIREITO



Ministério do Trabalho

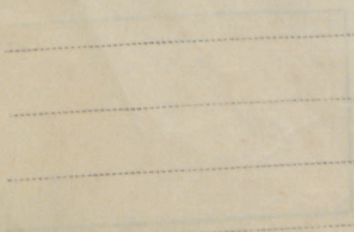
ACIDENTES NO TRABALHO E DOENÇAS PROFISSIONAIS



Nome: *João Carlos de Jesus*
 Profissão: *Operário*
 Nº de Registro Profissional: *123456789*
 Data de Nascimento: *10/05/1912*
 Localidade: *Recife*

FÉRIAS GOZADAS

OBSERVAÇÕES





Número de Ordem _____

NOME *Oscar de Oliveira*

Filiação { Pai *Miguel João de Oliveira*
Mãe *D.ª Sebastiana Aires de Souza*

Nascimento { Data *26 de Abril de 1918*
Lugar *Monte Alegre*

Nacionalidade *Brasileira*

Quando estrangeiro { É casado com brasileira? _____
Tem filhos brasileiros? _____
Data em que chegou ao Brasil _____
Carteira de identidade modelo n.º 19, n.º _____

Residência *A. Santo Antonio 307*

Nome dos beneficiários *Polteir*

Número do Registro Profissional _____ Carteira Profissional *426771* série *34ª*

Carteira Sindical n.º _____ Carteira de Reservista n.º _____

Carteira do Instituto ou Caixa de Aposentadoria e Pensões, n.º _____

Categoria _____ Função *Quarteir*

Vencimentos *200\$ 000* (*Duzentos mil reis* — por extenso)

Forma de pagamento *Mensal* Comissões _____

Utilidades \$ _____ Gorjetas ou gratificações \$ _____

Horário normal de trabalho, das _____ às _____ horas, com o intervalo de _____ para refeição e descanso.

Data de admissão, *16* de *Junho* de *1941*

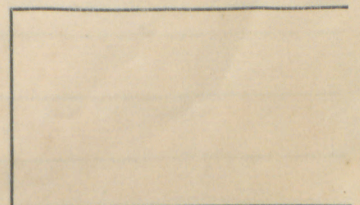
Campos, *15* de *Outubro* de *1941*

a cargo de Oscar Oliveira Henrique Polteir
(ASSINATURA DO EMPREGADO)

Data da saída, *8* de *Dezembro* de *1941*

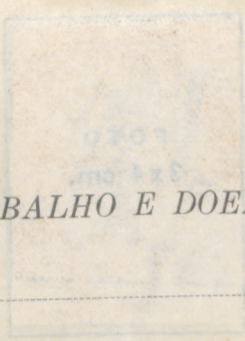
a cargo de Oscar Oliveira Henrique Polteir
(ASSINATURA DO EMPREGADO)

POLEGAR DIREITO



Sau

Registro de Ordem



ACIDENTES NO TRABALHO E DOENÇAS PROFISSIONAIS

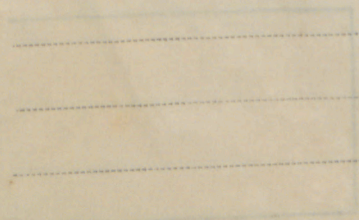
NOME: *Usoar de Oliveira*
 Filiação: *Mãe: Sr. Ubaldo de Oliveira*
 Nascimento: *22 de Abril 1919*
 Local: *Ubatuba - SP*
 Nacionalidade: *Brasileira*

FÉRIAS GOZADAS

Quantidade empregada: *1*
 Data em que começou no trabalho: *18/4/1942*
 Data em que terminou: *6/7/1943*
 Quantidade de férias gozadas: *15 dias*
 Nome dos beneficiários: *Usoar de Oliveira*
 Número do Registro Profissional: *1077*
 Categoria Profissional: *Escriturário*
 Categoria Sindical: *1*

OBSERVAÇÕES

Usoar de Oliveira retirou-se do Colégio em 8/12/1941.
Retornou a trabalhar o período de 18/4/1942 a 6/7/1943 retirou-se 6/7/1943.
" " " " " " 22/2/1944 a 7/6/1944 retirou-se 7/6/1944.



Assinatura do Empregado: *Usoar de Oliveira*
 Assinatura do Empregador: *[Faded Signature]*
 Data da entrega: *10/11/43*



FOTO
3x4 cm.

Número de Ordem _____

NOME *Aldo de Souza*

Filiação { Pai *Olimpio de Souza*
Mãe *Da Gabriela de Souza Abreu*

Nascimento { Data *25 de Agosto de 1925*
Lugar *Campinas*

Nacionalidade *Brasileira*

Quando estrangeiro { É casado com brasileira? _____
Tem filhos brasileiros? _____
Data em que chegou ao Brasil _____
Carteira de identidade modelo n.º 19, n.º _____

Residência *St. Quirino 1791*

Nome dos beneficiários *Solteiros*

Número do Registro Profissional _____ Carteira Profissional _____ série _____

Carteira Sindical n.º _____ Carteira de Reservista n.º _____

Carteira do Instituto ou Caixa de Aposentadoria e Pensões, n.º _____

Categoria _____ Função *Aux. de Roupa*

Vencimentos *100\$000 (Cem mil reis* por extenso)

Forma de pagamento *mensal* Comissões _____

Utilidades \$ _____ Gorjetas ou gratificações \$ _____

Horário normal de trabalho, das _____ às _____ horas, com o intervalo de _____ para refeição e descanso.

Data de admissão, *24* de *Setembro* de 19*41*

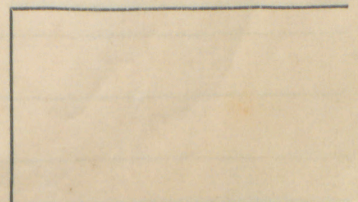
Campinas, *15* de *Outubro* de 19*41*

Aldo de Souza
(ASSINATURA DO EMPREGADO)

Data da saída, *5* de *Dezembro* de 19*41*

(ASSINATURA DO EMPREGADO)

POLEGAR DIREITO

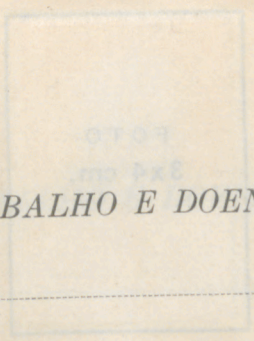


Souza

Número de Ordem

FOTO
3x4 cm

ACIDENTES NO TRABALHO E DOENÇAS PROFISSIONAIS



Nome: *Alves de Souza*

Profissão: *Operário de Fábrica*

Mãe: *Antônia de Souza*

Data de Nascimento: *10/05/1925*

Lugar de Nascimento: *Recife*

FÉRIAS GOZADAS

Quantidade de dias gozados: *30*

Período de gozo: *de 10/05/1950 a 10/05/1951*

Local de gozo: *em casa*

Observações: *sem incidência de multa*

OBSERVAÇÕES

Observações adicionais: *Trabalha em fábrica de têxtil, setor de tecelagem.*

Assinatura do empregado: *Alves de Souza*

Data da assinatura: *10/05/1950*

Assinatura do empregador: *[Assinatura]*

Data da assinatura: *10/05/1950*



Número de Ordem _____

NOME *Abilio Vilella*

Filiação { Pai *Joaquim Vilella*
Mãe *Da Maria Eufrosina Reis*

Nascimento { Data *8 de Junho de 1922*
Lugar *Cascavel*

Nacionalidade *Brasileira*

Quando estrangeiro { É casado com brasileira? _____
Tem filhos brasileiros? _____
Data em que chegou ao Brasil _____
Carteira de identidade modelo n.º 19, n.º _____

Residência *J. Durini 1791*

Nome dos beneficiários *Soltens*

Número do Registro Profissional _____ Carteira Profissional *486961* série *342*

Carteira Sindical n.º _____ Carteira de Reservista n.º _____

Carteira do Instituto ou Caixa de Aposentadoria e Pensões, n.º _____

Categoria _____ Função *Copista*

Vencimentos *200.800* (*Duzentos mil e seis* — por extenso)

Forma de pagamento *mensal* Comissões _____

Utilidades \$ _____ Gorjetas ou gratificações \$ _____

Horário normal de trabalho, das _____ às _____ horas, com o intervalo de _____ para refeição e descanso.

Data de admissão, *4* de *Setembro* de *1941*

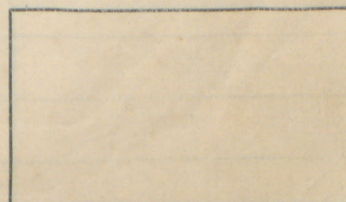
Campina, *15* de *Outubro* de *1941*

Abilio Vilella
(ASSINATURA DO EMPREGADO)

Data da saída, *24* de *Outubro* de *1943*.

Abilio Vilella
(ASSINATURA DO EMPREGADO)

POLEGAR DIREITO



Sain



Número de Ordem _____

NOME *Antonio Cavata*

Filiação { Pai *Lodovico Cavata*
Mãe *Eva Marques Cavata*

Nascimento { Data *13 de Novembro - 1917*
Lugar *Itatiba*

Nacionalidade *Brasileira*

Quando estrangeiro { É casado com brasileira? _____
Tem filhos brasileiros? _____
Data em que chegou ao Brasil _____
Carteira de identidade modelo n.º 19, n.º _____

Residência *Rua da Liberdade*

Nome dos beneficiários *Sóteiros*

Número do Registro Profissional _____ Carteira Profissional *1954/11* série *22ª*

Carteira Sindical n.º _____ Carteira de Reservista n.º _____

Carteira do Instituto ou Caixa de Aposentadoria e Pensões, n.º _____

Categoria _____ Função *Copista*

Vencimentos *200 \$ 000* (*Dezenta mil reis* por extenso)

Forma de pagamento *mensal* Comissões _____

Utilidades \$ _____ Gorjetas ou gratificações \$ _____

Horário normal de trabalho, das _____ às _____ horas, com o intervalo de _____ para refeição e descanso.

Data de admissão, *7 de Agosto* de 19*41*

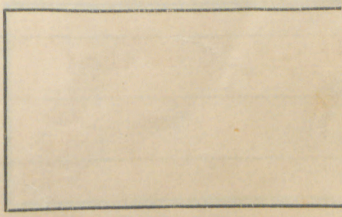
Gampinas, *15 de Outubro* de 19*41*

Antonio Cavata
(ASSINATURA DO EMPREGADO)

Data da saída, *30 de Novembro* de 19*41*

(ASSINATURA DO EMPREGADO)

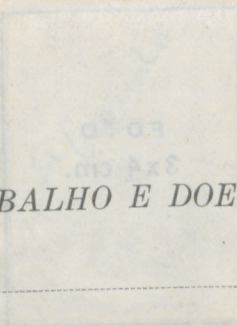
POLEGAR DIREITO



Número de Ordem

328 00

ACIDENTES NO TRABALHO E DOENÇAS PROFISSIONAIS



Nome: *Antônio Pereira*
 Profissão: *Operário*
 Data de Nascimento: *19 de Janeiro de 1917*
 Local de Nascimento: *Blumenau*
 Nacionalidade: *Brasileira*

FÉRIAS GOZADAS

Nome dos beneficiários: *Antônio Pereira*
 Número do registro profissional: *12.111.111*
 Categoria profissional: *Operário*
 Endereço residencial: *Rua ...*
 Endereço do estabelecimento: *...*

OBSERVAÇÕES

Categoria: *Operário*
 Vencimentos: *...*
 Férias de pagamento: *...*
 Cidades: *...*
 Horário normal de trabalho: *...*
 Data de início: *...*
 Data de término: *...*
 Assinatura do empregado: *Antônio Pereira*
 Assinatura do empregador: *...*
 Título do acido: *...*



Número de Ordem _____

FOTO
3x4 cm.

NOME *Mariana Rosa Domingo*

Filiação { Pai *José Domingo Ferreira*
Mãe *Maria Luiza de Jesus*

Nascimento { Data *29 de Abril 1908*
Lugar *Zauanas*

Nacionalidade *Brasileira*

Quando estrangeiro { É casado com brasileira? _____
Tem filhos brasileiros? _____
Data em que chegou ao Brasil _____
Carteira de identidade modelo n.º 19, n.º _____

Residência *Sua Morada Salles n.º 1565*

Nome dos beneficiários *Filha: Maria Luiza - Zenedita Angelina*

Número do Registro Profissional _____ Carteira Profissional *331729* série *30ª*

Carteira Sindical n.º _____ Carteira de Reservista n.º _____

Carteira do Instituto ou Caixa de Aposentadoria e Pensões, n.º _____

Categoria _____ Função *Adj. Contábil*

Vencimentos *20.000* (*Diretor adj. em* por extenso)

Forma de pagamento *mensal* Comissões _____

Utilidades \$ _____ Gorjetas ou gratificações \$ _____

Horário normal de trabalho, das _____ às _____ horas, com o intervalo de _____ para refeição e descanso.

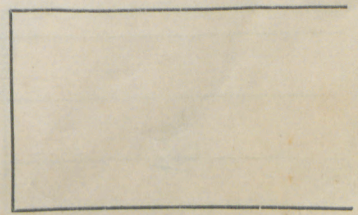
Data de admissão, *1* de *Agosto* de *1941*

Campus, *15* de *Outubro* de *1941*

No log. de Mariana Rosa Domingo Brasileira
(ASSINATURA DO EMPREGADO)

Data da saída, *30* de *Março* de *1942*

POLEGAR DIREITO



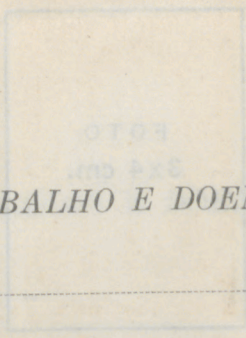
(ASSINATURA DO EMPREGADO)

Sou

Número de Ordem

FOTO
325 cm

ACIDENTES NO TRABALHO E DOENÇAS PROFISSIONAIS



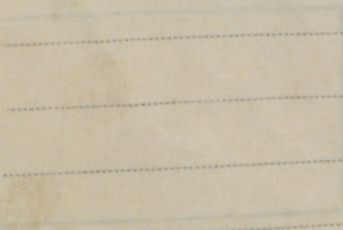
NOME

Função

Assinatura

FÉRIAS GOZADAS

OBSERVAÇÕES





Número de Ordem _____

NOME *Antonio Calastre*

Filiação { Pai *Augusto Calastre*
Mãe *D. Joanna Chesque Calastre*

Nascimento { Data *15 de Agosto 1907*
Lugar *Campinas*

Nacionalidade *Brasileira*

Quando estrangeiro { É casado com brasileira? _____
Tem filhos brasileiros? _____
Data em que chegou ao Brasil _____

Residência *D. Quercus 1791*
Carteira de identidade modelo n.º 19, n.º _____

Nome dos beneficiários *Soltins*

Número do Registro Profissional _____ Carteira Profissional _____ série _____

Carteira Sindical n.º _____ Carteira de Reservista n.º _____

Carteira do Instituto ou Caixa de Aposentadoria e Pensões n.º _____

Categoria _____ Função *Vigilante*

Vencimentos *200\$ 000* (*Duzentos mil reis* por extenso)

Forma de pagamento *mensal* Comissões _____

Utilidades \$ _____ Gorjetas ou gratificações \$ _____

Horário normal de trabalho, das _____ às _____ horas, com o intervalo de _____ para refeição e descanso.

Data de admissão, *13* de *Outubro* de 19 *41*

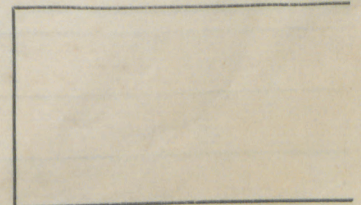
Campinas, *13* de *Outubro* de 19 *41*

Antonio Calastre
(ASSINATURA DO EMPREGADO)

Data da saída, *7* de *Dezembro* de 19 *41*

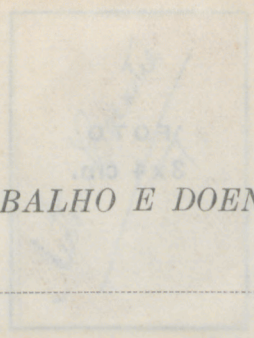
(ASSINATURA DO EMPREGADO)

POLEGAR DIREITO



Solte

Número da Ordem



ACIDENTES NO TRABALHO E DOENÇAS PROFISSIONAIS

Nome: *Augusto Cesar*

Profissão: *Engenheiro*

Data de Nascimento: *11 de Agosto 1907*

Lugar de Nascimento: *Caruaru*

FÉRIAS GOZADAS

Quando estive em férias: *15 dias*

Data em que começou as férias: *15 de Agosto 1907*

Data em que terminou as férias: *30 de Agosto 1907*

Nome das férias: *15 dias*

Número do Registro Profissional: *15*

Categoria Profissional: *Engenheiro*

OBSERVAÇÕES

Local do acidente ou doença: *Caruaru*

Forma de pagamento: *em dinheiro*

Horário normal de trabalho: *das 8 horas da manhã às 5 horas da tarde*

Tempo de ausência: *15 dias*

Data da saída: *15 de Agosto de 1907*

Assinatura do Empregado: *[Signature]*

Assinatura do Empregador: *[Signature]*



Número de Ordem: _____

FOTO
3x4 cm.

NOME *Lucio Ravani*

Filiação { Pai *Francisco Ravani*
Mãe *D. Paschoa Ravani*

Nascimento { Data *20 de Março 1922*
Lugar *Campos*

Nacionalidade *Brasileira*

Quando estrangeiro { *É casado com brasileira?*
Tem filhos brasileiros?
Data em que chegou ao Brasil

Residência *R. Vieira Gomes 112*
Carteira de identidade modelo n.º 19, n.º

Nome dos beneficiários *Solteiro*

Número do Registro Profissional _____ Carteira Profissional _____ série _____

Carteira Sindical n.º _____ Carteira de Reservista n.º _____

Carteira do Instituto ou Caixa de Aposentadoria e Pensões, n.º _____

Categoria _____ Função *Copeiro*

Vencimentos *200 \$ 000* (*Duzentos mil reis* _____ por extenso)

Forma de pagamento *mensal* Comissões _____

Utilidades \$ _____ Gorjetas ou gratificações \$ _____

Horário normal de trabalho, das _____ às _____ horas, com o intervalo de _____ para refeição e descanso.

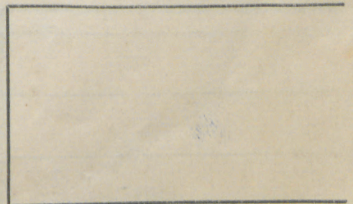
Data de admissão, *22* de *Outubro* de 19*41*
Campos, *28* de *Outubro* de 19*41*

Lucio Ravagni
(ASSINATURA DO EMPREGADO)

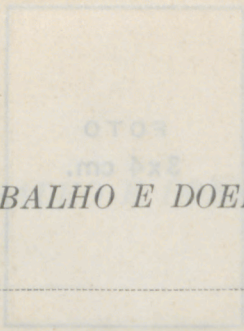
Data da saída *14* de *Agosto* de 19*43*

Lucio Ravagni
(ASSINATURA DO EMPREGADO)

POLEGAR DIREITO



Número do Ordem



ACIDENTES NO TRABALHO E DOENÇAS PROFISSIONAIS

Nome: *António Pereira*

Profissão: *Operário*

Idade: *35*

Localidade: *Almada*

Local de Trabalho: *Indústria de Cimento*

FÉRIAS GOZADAS

Período: *15 de Maio a 15 de Junho de 1987*

Local: *Almada*

Assinatura: *António Pereira*

OBSERVAÇÕES

Exame médico realizado em 15 de Junho de 1987, sem alterações significativas.

Trabalha em condições normais.

*Assinatura do Médico: *[Assinatura]**

*Local e data: *[Assinatura]*, 15 de Junho de 1987.*



FOTO
3x4 cm.

Número de Ordem _____

NOME *Antonio Marcelino Filho*

Filiação { Pai *Antonio Marcelino*
Mãe *Da Rosa Borges Marcelino*

Nascimento { Data *15 de Outubro de 1924*
Lugar *Campina*

Nacionalidade *Brasileira*

Quando estrangeiro { É casado com brasileira? _____
Tem filhos brasileiros? _____
Data em que chegou ao Brasil _____

Residência *J. Américo Bocayura 77º*
Carteira de identidade modelo n.º 19, n.º _____

Nome dos beneficiários *Solteiro*

Número do Registro Profissional _____ Carteira Profissional _____ série _____

Carteira Sindical n.º _____ Carteira de Reservista n.º _____

Carteira do Instituto ou Caixa de Aposentadoria e Pensões, n.º _____

Categoria _____ Função *Copista*

Vencimentos *200\$-00* (*Duzentos mil reis* — por extenso)

Forma de pagamento *mensal* Comissões _____

Utilidades \$ _____ Gorjetas ou gratificações \$ _____

Horário normal de trabalho, das _____ às _____ horas, com o intervalo de _____ para refeição e descanso.

Data de admissão, *24 de Outubro* de 19 *41*

Campina, 24 de Outubro de 19 *41*

Antonio Marcelino Filho
(ASSINATURA DO EMPREGADO)

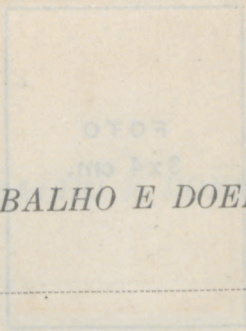
Data da saída, *5 de Maio* de 19 *42*

(ASSINATURA DO EMPREGADO)

POLEGAR DIREITO

Sau

ACIDENTES NO TRABALHO E DOENÇAS PROFISSIONAIS



N.º de Ordem

FOYO
222 cm.

NOME

Profissão

% de acidente

N.º de identificação

FÉRIAS GOZADAS

Quando estrangeiro

Residência

Nome das entidades

N.º de inscrição profissional

Quando estrangeiro

OBSERVAÇÕES

Localidade

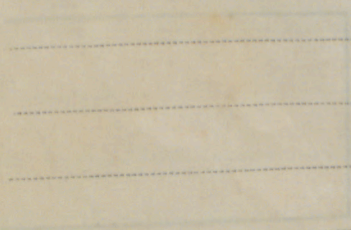
Documentos

Forma de pagamento

Finalidade

Estado normal de trabalho

para refeição e descanso



ASSISTENTE DO EMPREGADO

Data de emissão

ASSINATURA DO EMPREGADO



Número de Ordem _____

NOME

João Mendonça

Filiação

Pai

José Calazans Mendonça

Mãe

Dr. Justina Eugênia Oliveira

Nascimento

Data

13 Março 1916

Lugar

S. Luiz do Paraitinga (S. Paulo)

Nacionalidade

Brasileira

Quando estrangeiro

É casado com brasileira?

Tem filhos brasileiros?

Data em que chegou ao Brasil

Carteira de identidade modelo n.º 19, n.º

Residência

D. Durus 1791

Nome dos beneficiários

Solteiros

Número do Registro Profissional

Carteira Profissional 281437 série 282

Carteira Sindical n.º

Carteira de Reservista n.º

Carteira do Instituto ou Caixa de Aposentadoria e Pensões, n.º

Categoria

Função

Enfermeiro

Vencimentos

200\$ 000 (Duzentos mil reis por extenso)

Forma de pagamento

Mensal

Comissões

Utilidades

\$

Gorjetas ou gratificações

\$

Horário normal de trabalho, das

às

horas, com o intervalo de

para refeição e descanso.

Data de admissão, 14 de

Janeiro de 1942

Caupus, 10 de

Sete de 1942

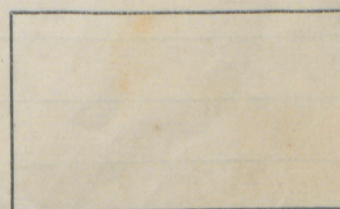
João Mendonça
(ASSINATURA DO EMPREGADO)

Data da saída, 30 de

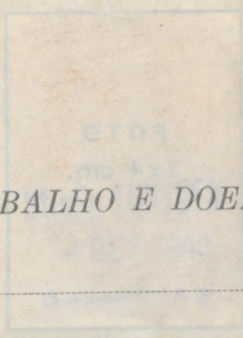
Sete de 1943

João Mendonça
(ASSINATURA DO EMPREGADO)

POLEGAR DIREITO



Número de Ordem



ACIDENTES NO TRABALHO E DOENÇAS PROFISSIONAIS

Nome: *João Alberto*
 Pat. / Filiação: *João Alberto da Silva*
 Mr. / Filiação: *João Alberto da Silva*
 Data: *15 de Maio 1914*
 Nascimento: *João Alberto da Silva*
 Local: *João Alberto da Silva*
 Nacionalidade: *João Alberto da Silva*

FÉRIAS GOZADAS

Quando contratado: *João Alberto da Silva*
 Data em que chegou ao Brasil: *João Alberto da Silva*
 Quando de partida: *João Alberto da Silva*
 Nome dos beneficiários: *João Alberto da Silva*

OBSERVAÇÕES

Categoria: *João Alberto da Silva*
 Funcionário: *João Alberto da Silva*
 Form. do pagamento: *João Alberto da Silva*
 Utilidade: *João Alberto da Silva*
 Horário normal de trabalho: *João Alberto da Silva*
 Hora de partida e chegada: *João Alberto da Silva*
 Data do acidente: *João Alberto da Silva*
 Local do acidente: *João Alberto da Silva*
 Descrição do acidente: *João Alberto da Silva*
 Diagnóstico: *João Alberto da Silva*
 Tratamento: *João Alberto da Silva*
 Resultado: *João Alberto da Silva*
 Assinatura do empregado: *João Alberto da Silva*
 Assinatura do empregador: *João Alberto da Silva*
 Data do acidente: *João Alberto da Silva*



Número de Ordem _____

FOTO
3x4 cm.

NOME *Acides de Oliveira Brasil*

Filiação { Pai *Alfredo Oliveira Brasil*
Mãe *D.ª Julia Cortez Brasil*

Nascimento { Data *14 de Março 1919*
Lugar *Rica de Pedra - (Jahú)*

Nacionalidade *Brasileira*

Quando estrangeiro { *É casado com brasileira?*
Tem filhos brasileiros?
Data em que chegou ao Brasil
Carteira de identidade modelo n.º 19, n.º

Residência *R. Dururus 1791*

Nome dos beneficiários *Soceiros*

Número do Registro Profissional _____ Carteira Profissional _____ série _____

Carteira Sindical n.º _____ Carteira de Reservista n.º _____

Carteira do Instituto ou Caixa de Aposentadoria e Pensões, n.º _____

Categoria _____ Função *Bonzeiro*

Vencimentos \$ _____ (_____ por extenso)

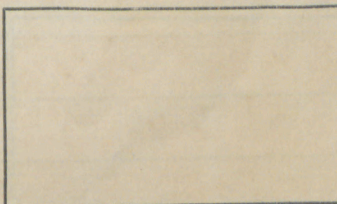
Forma de pagamento _____ Comissões _____

Utilidades \$ _____ Gorjetas ou gratificações \$ _____

Horário normal de trabalho, das _____ às _____ horas, com o intervalo de _____ para refeição e descanso.

Data de admissão, *24* de *Janeiro* de *1942*
Caapua, *11* de *Agosto* de *1942*

POLEGAR DIREITO



(ASSINATURA DO EMPREGADO)

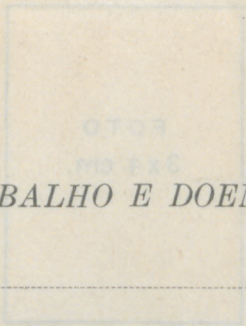
Data da saída, *15* de *Junho* de *1942*

Acides de Oliveira Brasil
(ASSINATURA DO EMPREGADO)

Número de Ordem

FOTO

ACIDENTES NO TRABALHO E DOENÇAS PROFISSIONAIS



Nome

Profissão

Idade

Localidade

Alcides de Sousa Gomes
Alfabetizador
1919
Alcides de Sousa Gomes

FÉRIAS GOZADAS

Quando começado

Quando terminado

Por dias

Por horas

Por minutos

OBSERVAÇÕES

Localidade

Forma de pagamento

Indicação

Horário normal de trabalho

Para registro e análise

Alcides de Sousa Gomes

por férias

comissão

Governo de Alcides de Sousa Gomes

de férias com o intuito de

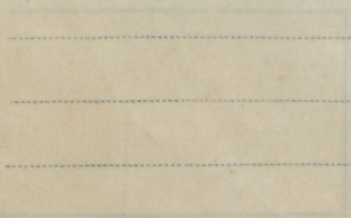
para registro e análise

Alcides de Sousa Gomes
Alfabetizador

CASINATURA DO EMPREGADO

Data da saída de férias de 1919

Alcides de Sousa Gomes





Número de Ordem _____

NOME

Aracy do Amaral

Filiação

Pai

Francisco Amaral

Mãe

Lulaura Amaral

Nascimento

Data

16 Junho 1907

Lugar

Campinas

Nacionalidade

Brasileira

Quando estrangeiro

É casado com brasileira?

Tem filhos brasileiros?

Data em que chegou ao Brasil

Carteira de identidade modelo n.º 19, n.º

Residência

Rua Rafael Dupais 183

Nome dos beneficiários

Salvador

Número do Registro Profissional

Carteira Profissional 663809 série 429

Carteira Sindical n.º

Carteira de Reservista n.º

Carteira do Instituto ou Caixa de Aposentadoria e Pensões, n.º

Categoria

Função

Vencimentos \$

(por extenso)

Forma de pagamento

Comissões

Utilidades \$

Gorjetas ou gratificações \$

Horário normal de trabalho, das

às

horas, com o intervalo de

para refeição e descanso.

Data de admissão,

6 de Abril

de 1948

Campinas, 10 de Abril

de 1948

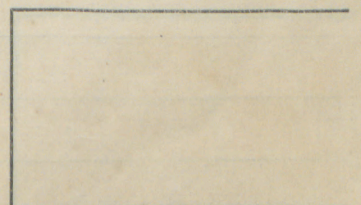
Aracy do Amaral
(ASSINATURA DO EMPREGADO)

Data da saída, 30 de março

de 1945

Aracy do Amaral
(ASSINATURA DO EMPREGADO)

POLEGAR DIREITO



ACIDENTES NO TRABALHO E DOENÇAS PROFISSIONAIS

FÉRIAS GOZADAS

OBSERVAÇÕES

Declaro que de livre e espontanea vontade me retirei do cargo que ocupo no colegio Ateneo paulista tendo recebido ate a prezente data minhas feiras assim como meus regimentos conforme ordena a lei dando portanto plena quitação dos meus deuitos

Campinas 30 de março de 1945
Aracy do amaral



Número de Ordem _____

FOTO
3x4 cm.

NOME *Sebastião Pedro Gomes Filho*

Filiação { Pai *Sebastião Pedro Gomes*
Mãe *da Ana Elia*

Nascimento { Data *9 Novembro 1923*
Lugar *Jaguari*

Nacionalidade *Brasileira*

Quando estrangeiro { É casado com brasileira? _____
Tem filhos brasileiros? _____
Data em que chegou ao Brasil _____
Carteira de identidade modelo n.º 19, n.º _____

Residência *Rua J. Durães 1791*

Nome dos beneficiários *Solteiro*

Número do Registro Profissional _____ Carteira Profissional _____ série _____

Carteira Sindical n.º _____ Carteira de Reservista n.º _____

Carteira do Instituto ou Caixa de Aposentadoria e Pensões, n.º _____

Categoria _____ Função _____

Vencimentos \$ _____ (_____ por extenso)

Forma de pagamento _____ Comissões _____

Utilidades \$ _____ Gorjetas ou gratificações \$ _____

Horário normal de trabalho, das _____ às _____ horas, com o intervalo de _____ para refeição e descanso.

Data de admissão, *7* de *Sete* de 19*48*

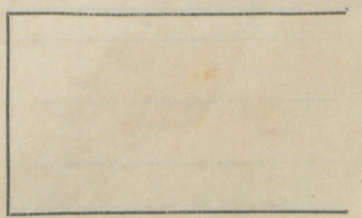
Compuca, *11* de *Sete* de 19*42*

Sebastião Pedro Gomes
(ASSINATURA DO EMPREGADO)

Data da saída, *12* de *Dezembro* de 19*42*

Sebastião Pedro Gomes
(ASSINATURA DO EMPREGADO)

POLEGAR DIREITO



Número de Ordem

FOTO
3x4 cm.

ACIDENTES NO TRABALHO E DOENÇAS PROFISSIONAIS

NOME

Filiação

Nascimento

Nacionalidade

FÉRIAS GOZADAS

Quando estrangeiro

Residência

Nome dos dependentes

Nome do registro Profissional

Carteira de Registro n.º

OBSERVAÇÕES

Categoria

Enquadramento

Forma de pagamento

Exatidão

Horário normal de trabalho, das

horas de trabalho, das

(ASSINATURA DO EMPREGADO)

Data da saída

(ASSINATURA DO EMPREGADOR)



Número de Ordem _____

NOME *Joaquim de Godoy*

Filiação { Pai *Antônio de Godoy*
Mãe *Dr. Manoel de Godoy*

Nascimento { Data *22 de Abril 1922*
Lugar *Jacuba*

Nacionalidade *Brasileira*

Quando estrangeiro { É casado com brasileira? _____
Tem filhos brasileiros? _____
Data em que chegou ao Brasil _____
Carteira de identidade modelo n.º 19, n.º _____

Residência *Rua Venceda grande 52*

Nome dos beneficiários *Sócios*

Número do Registro Profissional _____ Carteira Profissional _____ série _____

Carteira Sindical n.º _____ Carteira de Reservista n.º _____

Carteira do Instituto ou Caixa de Aposentadoria e Pensões, n.º _____

Categoria _____ Função _____

Vencimentos \$ _____ (_____ por extenso)

Forma de pagamento _____ Comissões _____

Utilidades \$ _____ Gorjetas ou gratificações \$ _____

Horário normal de trabalho, das _____ às _____ horas, com o intervalo de _____ para refeição e descanso.

Data de admissão, *2* de *Março* de 19*48*

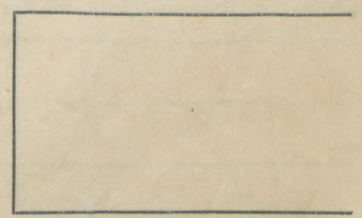
Acupung, *11* de *Abril* de 19*48*

Joaquim Godoy
(ASSINATURA DO EMPREGADO)

Data da saída, *15* de *Dezembro* de 19*43*

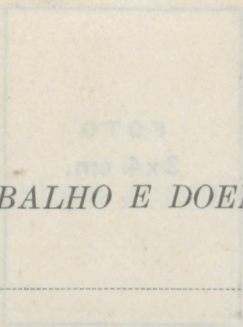
(ASSINATURA DO EMPREGADO)

POLEGAR DIREITO



Sous

Número de Ordem



ACIDENTES NO TRABALHO E DOENÇAS PROFISSIONAIS

Nome: *Antonio de Jesus*
 Endereço: *Rua ...*
 Data: *22 de Maio de 1975*
 Localidade: *...*

FÉRIAS GOZADAS

Quando contratado: *...*
 Data em que cessou no Brasil: *...*
 Data em que cessou no exterior: *...*
 Período de férias gozadas no Brasil: *...*
 Período de férias gozadas no exterior: *...*

OBSERVAÇÕES

Categoria: *...*
 Características: *...*
 Forma de pagamento: *...*
 Localidade: *...*
 Hábitos nocivos ao trabalho: *...*
 Outras informações: *...*



Número de Ordem _____

NOME *Acides de Andrade*

Filiação { Pai *Fausto de Andrade*
Mãe *Da. Angelina Andrade*

Nascimento { Data *31 de Agosto 1923*
Lugar *Campina*

Nacionalidade *Brasileira*

Quando estrangeiro { *É casado com brasileira?*
Tem filhos brasileiros?
Data em que chegou ao Brasil
Carteira de identidade modelo n.º 19, n.º

Residência *St. D. 1791*

Nome dos beneficiários *Solteiros*

Número do Registro Profissional _____ Carteira Profissional _____ série _____

Carteira Sindical n.º _____ Carteira de Reservista n.º _____

Carteira do Instituto ou Caixa de Aposentadoria e Pensões, n.º _____

Categoria _____ Função _____

Vencimentos \$ _____ (_____ por extenso)

Forma de pagamento _____ Comissões _____

Utilidades \$ _____ Gorjetas ou gratificações \$ _____

Horário normal de trabalho, das _____ às _____ horas, com o intervalo de _____ para refeição e descanso.

Data de admissão, *10* de *Sete* de 19*42*

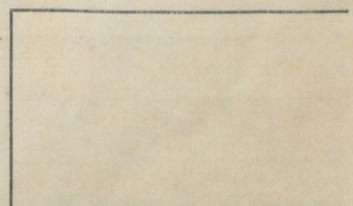
Campina, *11* de *Sete* de 19*42*

Acides de Andrade = Joaquim
(ASSINATURA DO EMPREGADO) *ce oolsey*

Data da saída, *3* de *maio* de 19*42*

(ASSINATURA DO EMPREGADO)

POLEGAR DIREITO



Sau

Número de Ordem

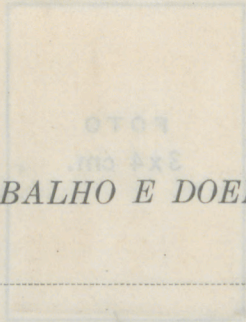


FOTO
3x4 cm

ACIDENTES NO TRABALHO E DOENÇAS PROFISSIONAIS

NOME

Antônio de Jesus

Epíteto

Antônio de Jesus

Sexo

Idade

Data de Nascimento

31 de Maio de 1923

Local de Nascimento

Campanha

Nacionalidade

Brasileira

FÉRIAS GOZADAS

Quando estrangeiro

Tem férias profissionais?
Tem férias brasileiras?

Residência

1971

Nome dos dependentes

Walter

Número do Registro Profissional

Cartão Profissional

Cartão médico n.º

Cartão de Identificação n.º

OBSERVAÇÕES

Categoria

Função

Vencimentos

2

(por extenso)

Forma de pagamento

Comissões

Utilidades

2

Gorjetas ou gratificações

Horário normal de trabalho das

de

horas com o intervalo de

para refeição e descanso.

Assinatura do empregado

Assinatura do empregado
Data de emissão 02 de maio de 1975

ASSINATURA DO EMPREGADO

ASSINATURA DO EMPREGADO



Número de Ordem _____

NOME *Sebastião Rodrigues dos Santos*

Filiação { Pai *Pedro Rodrigues dos Santos* *falecido*
Mãe *Ja Maria Pereira dos Santos* *viúva*

Nascimento { Data *1º de Dezembro 1898* *(1898)*
Lugar *Campina, Digo Rebouças*

Nacionalidade *Brasileira*

Quando estrangeiro { *É casado com brasileira?*
Tem filhos brasileiros?
Data em que chegou ao Brasil
Carteira de identidade modelo n.º 19, n.º

Residência *D. Curioso 1791*

Nome dos beneficiários *Vivo = filhos: Benedicto - Oscar - Feliciano.*

Número do Registro Profissional _____ Carteira Profissional *634191* série *42ª*

Carteira Sindical n.º _____ Carteira de Reservista n.º _____

Carteira do Instituto ou Caixa de Aposentadoria e Pensões, n.º _____

Categoria _____ Função _____

Vencimentos \$ _____ (_____ por extenso)

Forma de pagamento _____ Comissões _____

Utilidades \$ _____ Gorjetas ou gratificações \$ _____

Horário normal de trabalho, das _____ às _____ horas, com o intervalo de _____ para refeição e descanso.

Data de admissão, *1º de Março* de *1948*

Campina, *11 de Abril* de *1942*

Sebastião Rodrigues dos Santos
(ASSINATURA DO EMPREGADO)

Data da saída, _____ de _____ de 19 _____

(ASSINATURA DO EMPREGADO) *Aposentado*

POLEGAR DIREITO



ACIDENTES NO TRABALHO E DOENÇAS PROFISSIONAIS

FÉRIAS GOZADAS

1942-16-1-43 a 1-2-43	1950-20-1-51 à 17-2-51 ✓
1943-14-1-44 a 1-2-44	1951-28-1-52 a 26-2-52 ✓
1944-12-1-45 a 30-1-45	1952-27-1-53 a 26-2-53 ✓
1945-17-1-46 a 4-2-46	1953-4-1-54 a 13-1-54 ✓
1946-20-1-47 a 5-2-47	1954-5-1-54 a 25-1-55 ✓
1947-26-12-47 a 14-1-48	1955-10-1-55 à 30-1-56 ✓
1948-17-1-49 a 2-2-49	16-1-57 à 4-2-1957
1949-24-1-50 a 9-2-50	24-1-58 à 12-2-58

OBSERVAÇÕES

Ordenados:

A partir de Março 2/2 a 31-12-42 = 200.00 =	A partir de 1-7-54 = 600 2.150,00	31-3-1955
" " " 1-1-43 a 30-11-43 = 260.00 =		
" " " 1-12-43 a 31-7-45 = 320.00 =	Impostos Sindicais pagos:	
" " " 1-8-45 a 30-6-48 = 400.00 =	1945 = 600 12,80 =	
No mez de Julho de 1948 = Estorre licenciado =	1946 = 1947 = 1948 = 1949 = 1950 = 600 16,00	
A partir de 1-8-48 a 31-3-950 = 600 400,00 =	1951 = 21,20 = 1952 = 1953 = 600 31,00	
" " " 1-4-50 a 31-3-951 = 600 635,00 =	1954 = 600 45,00 = 1955 = 600 71,70	1958 = 1959
" " " 1-4-51 a 31-12-954 = 600 695,50 =	1956 = 600 80,50 = 1957 = 600 120,00 = 120,00	193,32
" " " 1-1-52 passou a receber o salario	= Continuação Ordenados	1360 = 2333,30
mi nimo vigente ou se p 600 930,00 ate 28-2-52	A partir de 1-4-955 à 28-2-956 = 600 2.154,00	
A partir de 1-3-52 a 28-2-54 = 600 1.100,00	" " " 1-3-956 à 31-7-956 = 600 2.414,00	
" " " 1-3-54 a 30-6-54 = 600 1.348,00 =	" " " 1-8-956 à 31-1-959 = 600 3.600,00	
	" " " 1-2-959 a 29-2-960 = 600 5.800,00	
	" " " 1-3-960 a 30-6-1960 = 600 7.000,00	



Número de Ordem _____

FOTO
3x4 cm.

NOME Alberto Brandão Rezende

Filiação { Pai Francois Joaquim Pereira Rezende
Mãe D. Virgínia Brandão Rezende

Nascimento { Data 21 de Novembro de 1920
Lugar Espinho (Portugal)

Nacionalidade Portuguesa

Quando estrangeiro { É casado com brasileira? _____
Tem filhos brasileiros? _____
Data em que chegou ao Brasil 11/10/40
Carteira de identidade modelo n.º 19, n.º _____

Residência Rua D. Aurélio 1791

Nome dos beneficiários Licença

Número do Registro Profissional _____ Carteira Profissional _____ série _____

Carteira Sindical n.º _____ Carteira de Reservista n.º _____

Carteira do Instituto ou Caixa de Aposentadoria e Pensões n.º _____

Categoria _____ Função Vigilante

Vencimentos 200\$ 000 (Duzentos mil réis por extenso)

Forma de pagamento mensal Comissões _____

Utilidades \$ _____ Gorjetas ou gratificações \$ _____

Horário normal de trabalho, das _____ às _____ horas, com o intervalo de _____ para refeição e descanso.

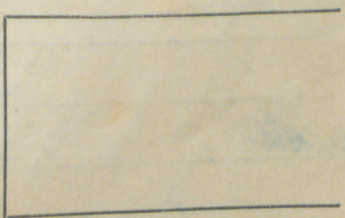
Data de admissão, 1 de Set de 1940
Campus, 12 de Set de 1940

Alberto Brandão de Rezende
(ASSINATURA DO EMPREGADO)

Data da saída, 31 de Agosto de 1943

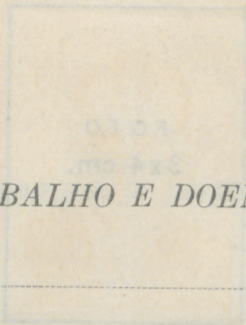
(ASSINATURA DO EMPREGADO)

POLEGAR DIREITO



Sain

ACIDENTES NO TRABALHO E DOENÇAS PROFISSIONAIS



Número de Ordem

1000
2445

NOME

Estado

Nascimento

Nacionalidade

FÉRIAS GOZADAS

Quando estragado

OBSERVAÇÕES

SIGNATURA DO EMPREGADO

Data da redação de 1948

SIGNATURA DO EMPREGADO



Número de Ordem _____

NOME *Luiz Ferreira de Souza*

Filiação { Pai *Ananias Ferreira Neto*
Mãe *Srta. Walmeira Ferreira de Souza*

Nascimento { Data *22 de Janeiro de 1930*
Lugar *Davras*

Nacionalidade *Brasileira*

Quando estrangeiro { É casado com brasileira? _____
Tem filhos brasileiros? _____
Data em que chegou ao Brasil _____
Carteira de identidade modelo n.º 19, n.º _____

Residência *R. Davras 1791*

Nome dos beneficiários *Letícia*

Número do Registro Profissional _____ Carteira Profissional _____ série _____

Carteira Sindical n.º _____ Carteira de Reservista n.º _____

Carteira do Instituto ou Caixa de Aposentadoria e Pensões, n.º _____

Categoria _____ Função _____

Vencimentos *200 \$ m* (*Duzentos mil reis - por extenso*)

Forma de pagamento *mensal* Comissões _____

Utilidades \$ _____ Gorjetas ou gratificações \$ _____

Horário normal de trabalho, das _____ às _____ horas, com o intervalo de _____ para refeição e descanso.

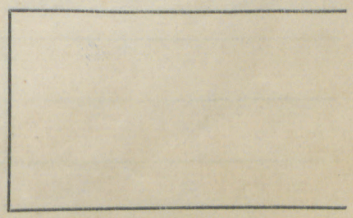
Data de admissão, *1º de Arie* de 19*40*
Campina, *12 de Abril* de 19*42*

Luiz Ferreira de Souza
(ASSINATURA DO EMPREGADO)

Data da saída, *28 de Setembro* de 19*43*

(ASSINATURA DO EMPREGADO)

POLEGAR DIREITO

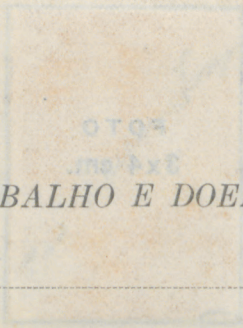


Sau

Número de Ordem

FOTO

ACIDENTES NO TRABALHO E DOENÇAS PROFISSIONAIS



NOME

Filiação

Assinatura

Assinatura

FÉRIAS GOZADAS

Quando estragado

Assinatura

Nome dos dependentes

Número do registro Profissional

Categoria Profissional

OBSERVAÇÕES

Categoria

Estados

Horário normal de trabalho, das

para referir a duração

ASSINATURA DO EMPREGADO

Data da saída de 11 de 1903



Número de Ordem.....

FOTO
3x4 cm.

NOME *Francisco Verdade*

Filiação { Pai *Mauel Verdade*
Mãe *Da Szejira Verdade*

Nascimento { Data *3 de Fevereiro de 1917*
Lugar *Campina*

Nacionalidade *Brasileira*

Quando estrangeiro { *É casado com brasileira?*
Tem filhos brasileiros?
Data em que chegou ao Brasil
Carteira de identidade modelo n.º 19, n.º

Residência *Rua Presidente de Moraes 181*

Nome dos beneficiários *Lacteos*

Número do Registro Profissional..... Carteira Profissional..... série.....

Carteira Sindical n.º..... Carteira de Reservista n.º.....

Carteira do Instituto ou Caixa de Aposentadoria e Pensões, n.º.....

Categoria..... Função.....

Vencimentos *200\$000* (*Dependentes militares* - por extenso) —

Forma de pagamento *mensal*..... Comissões.....

Utilidades.....\$ Gorjetas ou gratificações.....\$

Horário normal de trabalho, das..... às..... horas, com o intervalo de.....
para refeição e descanso.

Data de admissão, *28 de Abril* de 19*48*

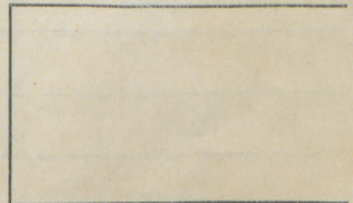
Campina, *12 de Maio* de 19*48*

Francisco Verdade
(ASSINATURA DO EMPREGADO)

Data da saída, *8 de Junho* de 19*48*

(ASSINATURA DO EMPREGADO)

POLEGAR DIREITO



Sain

N.º de Ordem

FOTO
3x4 cm

ACIDENTES NO TRABALHO E DOENÇAS PROFISSIONAIS

NOME

Filiação

Assinatura

Data

Lugar

Residência

FÉRIAS GOZADAS

Quando estragada

Residência

Nome dos beneficiários

N.º do Registro Profissional

Categoria Profissional

Categoria Profissional

Categoria de Inscrição

OBSERVAÇÕES

Categoria

Função

Vencimentos

(por estano)

Forma de pagamento

Comissões

Utilidades

Gozadas ou gratificadas

Horário normal de trabalho, das

horas, com o intervalo de

para refeição e descanso.

Assinatura do empregado

Data da rubrica

(ASSINATURA DO EMPREGADO)

Data da rubrica

(ASSINATURA DO EMPREGADO)



Número de Ordem _____

FOTO
3x4 cm.

NOME Oscar de Oliveira

Filiação { Pai Manoel João de Oliveira
Mãe D.ª Sebastião Neves de Souza

Nascimento { Data 26 de Abril de 1918
Lugar Monte Alegre

Nacionalidade Brasileira

Quando estrangeiro { É casado com brasileira? _____
Tem filhos brasileiros? _____
Data em que chegou ao Brasil _____
Carteira de identidade modelo n.º 19, n.º _____

Residência _____

Nome dos beneficiários Solteiro

Número do Registro Profissional _____ Carteira Profissional _____ série _____

Carteira Sindical n.º _____ Carteira de Reservista n.º _____

Carteira do Instituto ou Caixa de Aposentadoria e Pensões, n.º _____

Categoria _____ Função Copista

Vencimentos 200\$ 000 (Duzentos mil réis — por extenso)

Forma de pagamento mensal Comissões _____

Utilidades \$ _____ Gorjetas ou gratificações \$ _____

Horário normal de trabalho, das _____ às _____ horas, com o intervalo de _____ para refeição e descanso.

Data de admissão, 18 de Abril de 1940

Campina, 13 de Maio de 1942

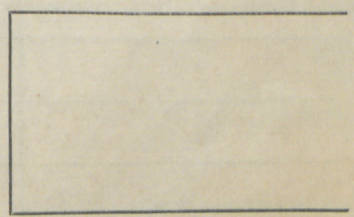
Oscar de Oliveira Henrique Polivina
(ASSINATURA DO EMPREGADO)

Data da saída, 6 de Julho de 1943

Oscar de Oliveira Henrique Polivina
(ASSINATURA DO EMPREGADO)

vide fl. n.º 2 deste livro.

POLEGAR DIREITO

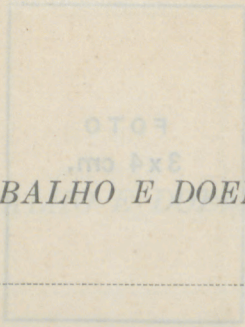


Sau

Numero de Ordem

FOTO
3x4 cm.

ACIDENTES NO TRABALHO E DOENÇAS PROFISSIONAIS



NOME

Patrão

Nascimento

Residência

FÉRIAS GOZADAS

Quantidade em dias

Residência

Nome dos dependentes

Numero do Registro Profissional

Carteira Profissional n.º

OBSERVAÇÕES

Categoria

Condições de trabalho

Forma de pagamento

Utilidades

Horário normal de trabalho

para refeição e descanso

(ASSINATURA DO EMPREGADOR)

Data da saída

(ASSINATURA DO ESTABELECIDOR)



Número de Ordem _____

NOME *Ruijillo de Magalhães*

Filiação { Pai *Dr. Pedro de Magalhães Junior*
Mãe *Dr.ª Elvira Teriza Simone de Magalhães*

Nascimento { Data *7 de Julho de 1917*
Lugar *Campina*

Nacionalidade *Brasileira*

Quando estrangeiro { É casado com brasileira? _____
Tem filhos brasileiros? _____
Data em que chegou ao Brasil _____
Carteira de identidade modelo n.º 19, n.º _____

Residência *Rua Duque de Caxias n.º 954*

Nome dos beneficiários *Casado: Esposa: Maria José de Magalhães*

Número do Registro Profissional *669, bis 21.333* Carteira Profissional *411.017* série *34ª*

Carteira Sindical n.º _____ Carteira de Reservista n.º _____

Carteira do Instituto ou Caixa de Aposentadoria e Pensões, n.º _____

Categoria _____ Função *Professor*

Vencimentos *225 \$ 000* (*Duzentos e vinte e cinco mil reais* por extenso)

Forma de pagamento *mensal* Comissões _____

Utilidades \$ _____ Gorjetas ou gratificações \$ _____

Horário normal de trabalho, das _____ às _____ horas, com o intervalo de _____ para refeição e descanso.

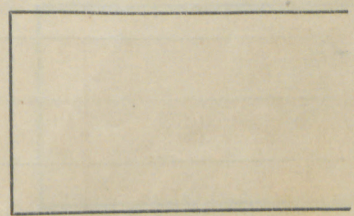
Data de admissão, *1* de *Sete* de 19*42*
Campina, *15* de *Mai* de 19*42*

Ruijillo de Magalhães
(ASSINATURA DO EMPREGADO)

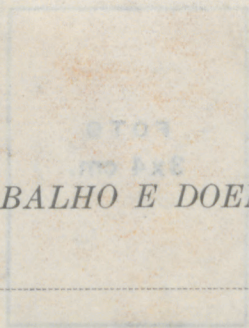
Data da saída, *31* de *Mai* de 19*48*

(ASSINATURA DO EMPREGADO)

POLEGAR DIREITO



ACIDENTES NO TRABALHO E DOENÇAS PROFISSIONAIS



NOME

Prizgo

Nascimento

Nacionalidade

FÉRIAS GOZADAS

OBSERVAÇÕES

O Prof Ruijila de Maciel recebeu o seguinte Salario:

De 1-4-1942 a 28-2-1943	- 225,00	meses
De 1-3-1943 a 28-2-1944	- 300,00	..
De 1-3-1944 a 28-2-1945	- 612,00	..
De 1-3-1945 a 28-2-1946	- 1.328,40	..
De 1-3-1946 a 28-2-1947	- 637,70	..
De 1-3-1947 a 28-2-1948	- 517,90	..
De 1-3-1948 a	252,50	..

(ASSINATURA DO EMPREGADOR)

(ASSINATURA DO EMPREGADO)



Número de Ordem _____

FOTO
3x4 cm.

NOME

Nelson Quejua

Filiação

Pai *Horacio Quejua*

Mãe *Da Emilia Baker Quejua*

Nascimento

Data *17 de Novembro de 1903*

Lugar *Viteroy*

Nacionalidade

Brasileira

Quando estrangeiro

É casado com brasileira? _____

Tem filhos brasileiros? _____

Data em que chegou ao Brasil _____

Carteira de identidade modelo n.º 19, n.º _____

Residência _____

Nome dos beneficiários

Casado: Eyrna; D. Camila; filha: Miriam

Número do Registro Profissional _____

Carteira Profissional _____ série _____

Carteira Sindical n.º _____

Carteira de Reservista n.º _____

Carteira do Instituto ou Caixa de Aposentadoria e Pensões, n.º _____

Categoria _____

Função *Professor*

Vencimentos \$ _____

(_____ por extenso)

Forma de pagamento _____

Comissões _____

Utilidades \$ _____

Gorjetas ou gratificações \$ _____

Horário normal de trabalho, das _____ às _____ horas, com o intervalo de _____

para refeição e descanso.

Data de admissão, _____ de _____ de 19____

1 de Abril de 1942

Campina, 15 de Maio de 1942

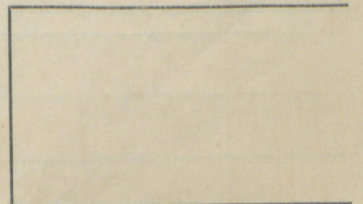
Nelson Quejua
(ASSINATURA DO EMPREGADO)

Data da saída, _____ de _____ de 19____

28 de Fevereiro de 1943

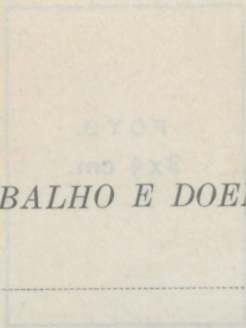
(ASSINATURA DO EMPREGADO)

POLEGAR DIREITO



Sain

ACIDENTES NO TRABALHO E DOENÇAS PROFISSIONAIS



Nome

Filiação

N.º de identificação

Nacionalidade

FÉRIAS GOZADAS

Quando extinguido

Observações

Nome dos beneficiários

N.º de identificação profissional

Categoria profissional

OBSERVAÇÕES

Outros

Beneficiários

Forma de pagamento

Últimas

Horário normal de trabalho das

para referência e descrição

Principais atividades

(ASSINATURA DO EMPREGADO)

Data da saída

(ASSINATURA DO EMPREGADOR)



Número de Ordem _____

NOME

Antonio Aguires Pereira

Filiação

Pai Manoel Aguires Pereira
Mãe D.ª Maria do Rosário Ribeiro

Nascimento

Data 22 de Maio de 1918
Lugar Vila Real Portugal

Nacionalidade

Portuguesa

Quando estrangeiro

É casado com brasileira? _____
Tem filhos brasileiros? _____
Data em que chegou ao Brasil 8/3/1938
Carteira de identidade modelo, n.º 19, n.º 93405

Residência

Rua Dr. Serrano 948 - Av. Anchieta

Nome dos beneficiários

Solteiros

Número do Registro Profissional

15858

Carteira Profissional

462162 série 34a

Carteira Sindical n.º

Carteira de Reservista n.º

Carteira do Instituto ou Caixa de Aposentadoria e Pensões, n.º

Categoria

Função

Vencimentos \$ (_____ por extenso)

Forma de pagamento

Comissões

Utilidades \$

Gorjetas ou gratificações \$

Horário normal de trabalho, das _____ às _____ horas, com o intervalo de _____ para refeição e descanso.

Data de admissão, 1.ª de

Maio

de 1948

2.ª de

Junho

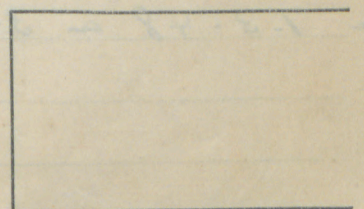
de 1948

Antonio Aguires Pereira
(ASSINATURA DO EMPREGADO)

Data da saída, _____ de _____ de 19 _____

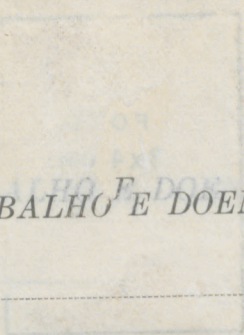
(ASSINATURA DO EMPREGADO)

POLEGAR DIREITO



Passado o prazo em 3/5/49. pag. 1.

ACIDENTES NO TRABALHO E DOENÇAS PROFISSIONAIS



Nome: *Antônio Joaquim Carneiro*
 Filiação: *Antônio Joaquim Carneiro*
 Nascimento: *22 de Maio de 1919*
 Local: *Itapecuru*

FÉRIAS GOZADAS

Quando estragado: *21/3/1948*
 Nome dos beneficiários: *Antônio Joaquim Carneiro*
 Valor do registro profissional: *17878*

OBSERVAÇÕES

Ordenadas

De 1-5-42 a 28-2-43 =	1.162,50 ✓
De 1-3-43 a 29-2-44 =	1.275,00 ✓
De 1-3-44 a 28-2-45 =	1.312,50 ✓
De 1-3-45 a 31-7-45 =	2.528,50 ✓
De 1-8-45 a 28-2-46 =	2.385,40 ✓
De 1-3-46 a 28-2-47 =	1.889,60 ✓
De 1-3-47 a 28-2-48 =	2.044,80 ✓
De 1-3-48 a 30-11-48 =	2.173,10 ✓

(ASSINATURA DO EMPREGADO)
 Data da saída de 19



Número de Ordem.....

FOTO
3x4 cm.

NOME *Theotonio de Azevedo*

Filiação { Pai *Francisco Caetano de Azevedo (falecido)*
Mãe *D. Bráulio Penteado Azevedo (falecido)*

Nascimento { Data *10 de Agosto 1898*
Lugar *Campinas*

Nacionalidade *Brasileira*

Quando estrangeiro { É casado com brasileira?
Tem filhos brasileiros?
Data em que chegou ao Brasil
Carteira de identidade modelo n.º 19, n.º

Residência *D. Moraes Sales, 1726*

Nome dos beneficiários *Casado: Esposa Leocádia. Filho: Maria Aparecida.*

Número do Registro Profissional Carteira Profissional série

Carteira Sindical n.º Carteira de Reservista n.º

Carteira do Instituto ou Caixa de Aposentadoria e Pensões, n.º

Categoria Função *Aux. de Cozinha*

Vencimentos *200 \$ 000 (Duzentos mil reis)* — por extenso)

Forma de pagamento *mensal* Comissões

Utilidades \$ Gorjetas ou gratificações \$

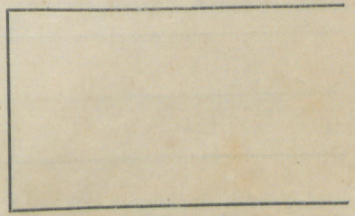
Horário normal de trabalho, das às horas, com o intervalo de para refeição e descanso.

Data de admissão, *15* de *fevereiro* de 19 *42*
Campinas, *30* de *fevereiro* de 19 *43*

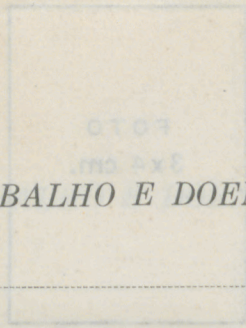
Theotonio de Azevedo
(ASSINATURA DO EMPREGADO)

Data da saída, *5* de *Agosto* de 19 *42*
Theotonio de Azevedo
(ASSINATURA DO EMPREGADO)

POLEGAR DIREITO



Número de Ordem



ACIDENTES NO TRABALHO E DOENÇAS PROFISSIONAIS

Nome: *Roberto de Jesus*

Profissão: *Operário de Máquinas*

Data: *10 de Maio 1998*

Local: *Indústria de Máquinas*

Município: *Maricá*

FÉRIAS GOZADAS

Quando solicitado

Tem férias acumuladas

Em caso de afastamento

Indicação: *Roberto de Jesus*

Assinatura: *Roberto de Jesus*

OBSERVAÇÕES

Colaborador: *Roberto de Jesus*

Assinatura do Empregador: *Roberto de Jesus*

Data de emissão: *10 de Maio 1998*

Assinatura do Empregado: *Roberto de Jesus*



FOTO
3x4 cm.

Número de Ordem.....

NOME *Francisco de Azevedo*

Filiação { Pai *Luiz de Azevedo*
Mãe *da Maria Luiza Azevedo*

Nascimento { Data *29 de Junho de 1924*
Lugar *Monte-Mór*

Nacionalidade *Brasileira*

Quando estrangeiro { É casado com brasileira?
Tem filhos brasileiros?
Data em que chegou ao Brasil
Carteira de identidade modelo n.º 19, n.º

Residência *Rua Paes de Azevedo 340*

Nome dos beneficiários *Solteiros*

Número do Registro Profissional..... Carteira Profissional..... série.....

Carteira Sindical n.º..... Carteira de Reservista n.º.....

Carteira do Instituto ou Caixa de Aposentadoria e Pensões, n.º.....

Categoria..... Função *Copista*

Vencimentos *200.000* (*Duzentos mil reis* por extenso)

Forma de pagamento *mensal* Comissões.....

Utilidades \$..... Gorjetas ou gratificações..... \$.....

Horário normal de trabalho, das..... às..... horas, com o intervalo de..... para refeição e descanso.

Data de admissão, *20* de *Mai* de 19*42*

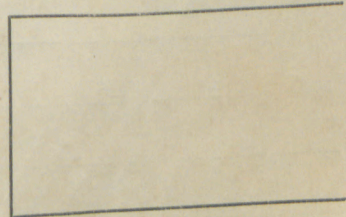
Campina, *30* de *Junho* de 19*42*

Francisco de Azevedo
(ASSINATURA DO EMPREGADO)

Data da saída, *11* de *Outubro* de 19*42*

(ASSINATURA DO EMPREGADO)

POLEGAR DIREITO

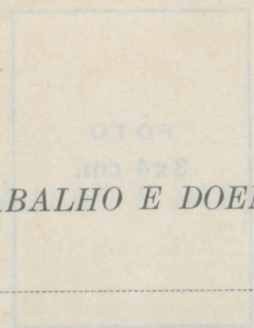


Sain

Ordem de Serviço

FOTO
3x4 cm

ACIDENTES NO TRABALHO E DOENÇAS PROFISSIONAIS



Nome: *Antônio de Jesus*
 Função: *Operário*
 Data de nascimento: *20 de Junho de 1924*
 Local de nascimento: *Alagoas*
 Nacionalidade: *Brasileira*

FÉRIAS GOZADAS

Quando estratificado:
 Data em que começou as férias:
 Data em que terminou as férias:
 Valor em dias: *30*
 Valor em dias úteis: *24*
 Valor em dias de descanso: *6*
 Valor em dias de trabalho: *24*
 Valor em dias de descanso: *6*
 Valor em dias de trabalho: *24*
 Valor em dias de descanso: *6*

OBSERVAÇÕES

Categoria: *Operário*
 Função: *Operário*
 Formas de pagamento: *Normal*
 Lábiles: *3*
 Horário normal de trabalho: *8* horas
 Horário normal de trabalho, das *8* às *17* horas, com o intervalo de *1* hora para refeição e descanso.
 Data da entrada em serviço: *11 de Setembro de 1947*
 Assinatura do empregado: *Antônio de Jesus*
 Assinatura do empregador: *[Assinatura]*
 Local de assinatura: *[Assinatura]*
 Data da assinatura: *11 de Setembro de 1947*



Número de Ordem _____

NOME Sebastião Virgolino da Silva

Filiação { Pai José Virgolino da Silva
Mãe Da Maria Conceição Silva

Nascimento { Data 11 de Abril de 1918
Lugar Povo de Caedez

Nacionalidade Portuguesa

Quando estrangeiro { É casado com brasileira? _____
Tem filhos brasileiros? _____
Data em que chegou ao Brasil _____
Carteira de identidade modelo n.º 19, n.º _____

Residência Rua Euzébio Ribeiro 1468

Nome dos beneficiários Casado: Esposa feitorias. filha: Maria Helena

Número do Registro Profissional _____ Carteira Profissional 555489 série 389

Carteira Sindical n.º _____ Carteira de Reservista n.º _____

Carteira do Instituto ou Caixa de Aposentadoria e Pensões, n.º _____

Categoria _____ Função Securteiro

Vencimentos 200\$000 (Duzentos mil reis - por extenso)

Forma de pagamento mensal Comissões _____

Utilidades \$ _____ Gorjetas ou gratificações \$ _____

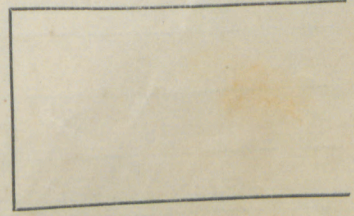
Horário normal de trabalho, das _____ às _____ horas, com o intervalo de _____ para refeição e descanso.

Data de admissão, 22 de Mai de 1942
Cláudio, 30 de Junho de 1942

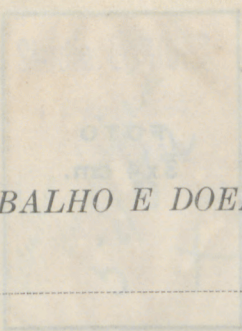
Sebastião Virgolino da Silva
(ASSINATURA DO EMPREGADO)

Data da saída, 31 de Outubro de 1942
Sebastião Virgolino da Silva
(ASSINATURA DO EMPREGADO)

POLEGAR DIREITO



ACIDENTES NO TRABALHO E DOENÇAS PROFISSIONAIS



Nome do Doente

Foto

Nome

Departamento de Trabalho

Profissão

Trabalhador do Estado

Nascimento

11 de Maio de 1919

Nacionalidade

Portugal

FÉRIAS GOZADAS

Quando estrangeiro

F. gozadas com interrupção?

Têm f. gozadas?

Data em que cessou de gozar

Residência

11 de Maio de 1919

Nome dos empregadores

Categoria Profissional

N.º do Registo Profissional

Categoria de Trabalho

Categoria Social n.º

OBSERVAÇÕES

Categoria do Instituto ou Centro de Trabalho n.º

Categoria

Função

Salário

2000 (por ext.)

Forma de pagamento

mensal

Unidades

Gozadas ou gozadas?

Horário normal de trabalho, das

8h às 17h30

para regime e descanso

Data de ingresso no trabalho

11 de Maio de 1919

(ASSINATURA DO EMPREGADO)

Data da saída 31 de Maio de 1919

(ASSINATURA DO EMPREGADO)

Departamento de Trabalho



Número de Ordem _____

FOTO
3x4 cm.

NOME *Antonio Cardoso de Souza*

Filiação { Pai *José Rodrigues Gifo Cardoso Souza*
Mãe *Da Felicidade Cardoso*

Nascimento { Data *20 de Novembro de 1919*
Lugar *São Thomaz de Aquino (Mina)*

Nacionalidade *Brasileira*

Quando estrangeiro { *É casado com brasileira?*
Tem filhos brasileiros?
Data em que chegou ao Brasil
Carteira de identidade modelo n.º 19, n.º

Residência *Rua José Severina 426*

Nome dos beneficiários *Casa de Espira: Benedita*

Número do Registro Profissional _____ Carteira Profissional *471432* série *34a*

Carteira Sindical n.º _____ Carteira de Reservista n.º _____

Carteira do Instituto ou Caixa de Aposentadoria e Pensões, n.º _____

Categoria _____ Função *Mexilão Cozido*

Vencimentos *200 \$ 000* (*Digentes mil reais* por extenso)

Forma de pagamento *mensal* Comissões _____

Utilidades \$ _____ Gorjetas ou gratificações \$ _____

Horário normal de trabalho, das _____ às _____ horas, com o intervalo de _____ para refeição e descanso.

Data de admissão, *28* de *Mais* de 19 *42*

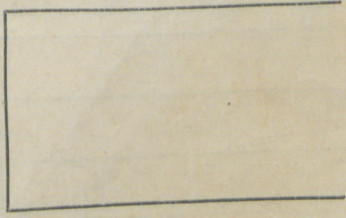
Campina, *30* de *Junho* de 19 *42*

Antonio Cardoso de Souza
(ASSINATURA DO EMPREGADO)

Data da saída, *21* de *Julho* de 19 *43*

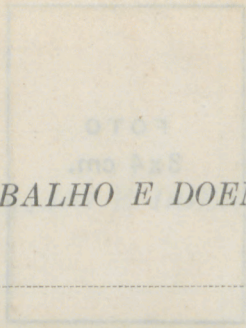
(ASSINATURA DO EMPREGADO)

POLEGAR DIREITO



Souza

ACIDENTES NO TRABALHO E DOENÇAS PROFISSIONAIS



Numero de Ordem

Foto no 244 cm

Nome do trabalhador: *Antonio Carlos de Souza*
 Filiation: *União Industrial de São Paulo*
 Data de Nascimento: *20 de Novembro de 1919*
 Local de Nascimento: *São Paulo (Brasil)*
 Nacionalidade: *Brasil*

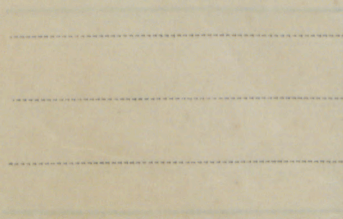
FÉRIAS GOZADAS

Quando estratificado: *Em 1954*
 Data em que cessou de trabalhar: *15 de Maio de 1954*
 Categoria de trabalho: *Operário*
 Nome dos beneficiários: *Antonio Carlos de Souza*
 Numero do Registro Profissional: *12345*
 Categoria Profissional: *Operário*

OBSERVAÇÕES

Categoria: *Operário*
 Documentos: *Cartão de identidade, carteira profissional, etc.*
 Form de pagamento: *Normal*
 Etilidade: *Normal*
 Horário normal de trabalho: *Normal*
 Data de início e término: *15 de Maio de 1954*

Data de assinar: *15 de Maio de 1954*
 Assinatura do responsável: *Antonio Carlos de Souza*
 Data de assinar: *15 de Maio de 1954*





Número de Ordem _____

FOTO
3x4 cm.

NOME *D. Rene Rene P. Chaves*

Filiação { Pai *Bescaudio Chaves*
Mãe *Da Evangelina Rene Chaves*

Nascimento { Data *4 de Junho de 1906*
Lugar *Paris (França)*

Nacionalidade *Portuguesa (Requirida na Embaixata Brasileira)*

Quando estrangeiro { *É casado com brasileira?*
Tem filhos brasileiros?
Data em que chegou ao Brasil
Carteira de identidade modelo n.º 19, n.º

Residência *Funchal Brás 1547*

Nome dos beneficiários *Casaco: D. Estella F. Luis, Sergio, Mauricio, Jorge, Manoel Junior, Evangelina.*

Número do Registro Profissional _____ Carteira Profissional _____ série _____
Carteira Sindical n.º _____ Carteira de Reservista n.º _____

Carteira do Instituto ou Caixa de Aposentadoria e Pensões, n.º _____
Categoria _____ Função *Professor.*

Vencimentos *324 \$ 000* (_____ por extenso) _____
Forma de pagamento _____ Comissões _____

Utilidades \$ _____ Gorjetas ou gratificações \$ _____
Horário normal de trabalho, das _____ às _____ horas, com o intervalo de _____ para refeição e descanso.

Data de admissão, *1* de *Maio* de *1942*

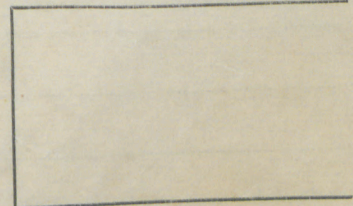
Campina, *1* de *Junho* de *1942*

Rene Rene Chaves
(ASSINATURA DO EMPREGADO)

Data da saída, *30* de *Junho* de *1943*

(ASSINATURA DO EMPREGADO)

POLEGAR DIREITO

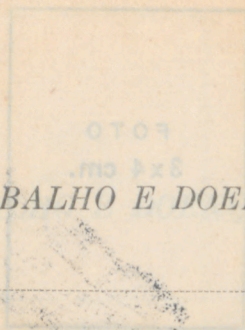


Sau

Número de Ordem

FOTO
3x4 cm.

ACIDENTES NO TRABALHO E DOENÇAS PROFISSIONAIS



Nome: *J. Gomes*
 Pat: *123456789*
 Município: *Recife*
 Mês: *10*
 Data: *10/10/1977*
 Nascimento: *10/10/1977*
 Local: *Recife*
 Nacionalidade: *Brasileira*

FÉRIAS GOZADAS

Quantidade: *30 dias*
 Período: *de 10/10/77 a 09/11/77*
 Local: *Recife*
 Observações: *Gozadas em duas partes, de 10/10/77 a 09/11/77.*

OBSERVAÇÕES

Observações: *Trabalhou normalmente durante o período das férias.*

Assinatura do Encarregado: *[Assinatura]*
 Data da saída: *10/10/77*



Número de Ordem _____

NOME Celso Augusto Figueira Ribeiro

Filiação { Pai Antonio J. Ribeiro Junior
Mãe Da Antonia Figueira Ribeiro

Nascimento { Data 12 de Maio de 1930
Lugar Campina

Nacionalidade Brasileira

Quando estrangeiro { É casado com brasileira? _____
Tem filhos brasileiros? _____
Data em que chegou ao Brasil _____
Carteira de identidade modelo n.º 19, n.º _____

Residência Rua Regata Feio 593

Nome dos beneficiários Solteiros

Número do Registro Profissional _____ Carteira Profissional _____ série _____

Carteira Sindical n.º _____ Carteira de Reservista n.º _____

Carteira do Instituto ou Caixa de Aposentadoria e Pensões, n.º _____

Categoria _____ Função Auxiliar Secretaria

Vencimentos 300\$000 (Trêscentos mil reais por extenso) _____

Forma de pagamento _____ Comissões _____

Utilidades \$ _____ Gorjetas ou gratificações \$ _____

Horário normal de trabalho, das _____ às _____ horas, com o intervalo de _____ para refeição e descanso.

Data de admissão, 25 de Julho de 1942

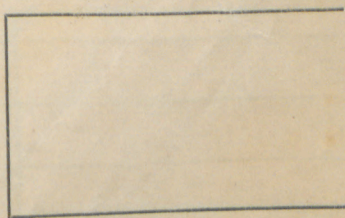
Campina 25 de Julho de 1942

[Signature]
(ASSINATURA DO EMPREGADO)

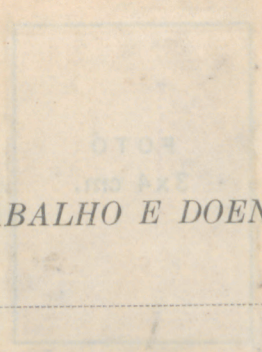
Data da saída, 30 de Julho de 1945

[Signature]
(ASSINATURA DO EMPREGADO)

POLEGAR DIREITO



ACIDENTES NO TRABALHO E DOENÇAS PROFISSIONAIS



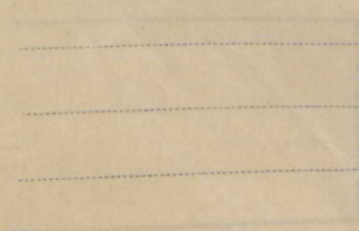
NOME *João Baptista Soares*
 Filiação *Antonio Soares*
 Mãe *Antonia Soares*
 Data *12 de Maio de 1922*
 Local *Comuna*
 Nacionalidade *Portuguesa*

FÉRIAS GOZADAS

Quando estragado
 Tem filhos menores
 Nome dos beneficiários
 Número do Inquérito Profissional
 Número da licença profissional
 Número de assento n.º
 Categoria de assento n.º 1.º a 10.º

OBSERVAÇÕES

Passou para a direção da sociedade em julho de 1945



(ASSINATURA DO EMPREGADO)

Data da saída de 18-45

(ASSINATURA DO EMPREGADOR)



Número de Ordem _____

NOME Octavio Carvalho Queiroz

Filiação { Pai Gregencio Carvalho Queiroz (Falecido)
Mãe Sr.ª Olivia Carvalho Queiroz

Nascimento { Data 30 de Junho 1916
Lugar São Paulo

Nacionalidade Brasileira

Quando estrangeiro { É casado com brasileira? _____
Tem filhos brasileiros? _____
Data em que chegou ao Brasil _____
Carteira de identidade modelo n.º 19, n.º _____

Residência Rua D. Brunius 1791

Nome dos beneficiários Pósteris

Número do Registro Profissional _____ Carteira Profissional 471435 série 342
" " 2300 28009 série 1570

Carteira Sindical n.º _____ Carteira de Reservista n.º _____

Carteira do Instituto ou Caixa de Aposentadoria e Pensões, n.º 47717

Categoria _____ Função Emprego

Vencimentos 200\$000 (Duzento mil reis por extenso)

Forma de pagamento mensal Comissões _____

Utilidades \$ _____ Gorjetas ou gratificações \$ _____

Horário normal de trabalho, das _____ às _____ horas, com o intervalo de _____ para refeição e descanso.

Data de admissão, 16 de Junho de 1942

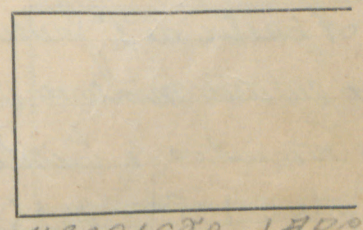
Campanha, 3 de Junho de 1942

Octavio Carvalho Queiroz
(ASSINATURA DO EMPREGADO)

Data da saída, _____ de _____ de 19 _____

(ASSINATURA DO EMPREGADO)

POLEGAR DIREITO



INSCRIÇÃO IAPC
Nº 1.512.325

ACIDENTES NO TRABALHO E DOENÇAS PROFISSIONAIS

Continuação ordenados

- De 1-4-961 a 30-9-961 CR\$ 9.800,00=
- " 1-10-961 a 31-10-961 CR\$ 11.396,00=
- " 1-11-961 a 31-12-962 CR\$ 12.992,00
- " 1 Janeiro 1963, passou a receber o
meso salário mínimo CR\$ 30.900,00 (trinte
mil e novecentos cruzeiros) até 31-1-1964.
- De 1-2-1964 a 29-2-1964 CR\$ 35.120,00
- De 1-3-1964 em diante CR\$ 42.000,00
- De 1-3-1965 em diante CR\$ 66.000,00=
- De 1-8-1965 passou a perceber BR\$ 84.000,00

FÉRIAS GOZADAS

1937 - 15 dias, em.	
1940 - 22-12 a 8-1	
1944 - 14-1 a 1-2 - 1947 - de 6-2 a 24-2 -	
1956 - 6-1 a 25-1 - 1951 - 31-1 a 22-2	
1957 - 12-2 a 3-3 - 1953 - 21-1 a 21-2	
1958 - 2-1 a 21-1 - 1954 - 22-2 - 10-3	
PERIODO TRABALHO	PERIODO FERIAS
DE 16-6-58-15-5-59	4-1-60-29-1-60
" 16-6-59-15-5-60	26-12-60-15-1-61
" 16-6-60-15-5-61	30-12-61-18-1-62
" 16-6-61-15-5-62	22-1 a 10-2-63
" 16-6-62-15-5-63	3-1 a 22-1-64
" 16-6-63-15-5-64	5-1 a 24-1-65
	1955 - 5-1 a 24-2
	1956 - 6-1 a 25-1
	1957 - 12-2 a 3-3
	1958 - 2-1 a 21-1
	1959 - 11-2 a 2-3-59
	1960 - 4-1 a 29-1-60
	1961 - 26-12 a 15-1-61
	1962 - 30-12 a 18-1-62
	1963 - 22-1 a 10-2-63
	1964 - 3-1 a 22-1-64

OBSERVAÇÕES

Ordenados:

- Apartir de 16-6-1942 a 31-12-1942: CR\$ 200,00
- " " " 1-1-1943 " 30-11-1943: CR\$ 260,00
- " " " 1-12-1943 " 31-7-1945: CR\$ 320,00
- " " " 1-8-1945 " 28-2-1948: CR\$ 425,00
- " " " 1-3-1948 " 28-2-1949: CR\$ 530,00
- " " " 1-3-1949 " 31-3-1951: CR\$ 635,00
- " " " 1-4-1951 " 31-12-1951: CR\$ 645,50

Imposto Sindical

1945:	12,80	28-4-945
1946:	17,00	28-4-946
1947:	17,00	29-4-947
1948:	21,20	15-4-948
1949:	25,40	29-4-949
1950:	25,40	21-4-950
1951:	21,20	27-4-951
1952:	21,00	29-4-952
1953:	21,00	29-4-953
1954:	21,00	30-4-954
1955:	71,70	29-4-955
1956:	80,50	30-4-956
1957:	120,20	30-4-957
1958:	120,00	30-4-958
1959:	143,30	30-4-959
1960:	233,30	30-4-960
1961:	Não Recorreu (Auxílio IAPC)	
1962:	433,10	30-4-962
1963:	696,70	30-4-963
1964:	1.400,00	30-4-1964
1965:	2.200	26-4-1965

Apartir de 1º Janeiro de 1952, passou a receber o salário mínimo vigente, ou seja CR\$ 930,00= (Novecentos e trinta cruzeiros) até 30-6-1954)

- Julho 1954 - 2.150,00 de 1-8-1954 a 1-7-59: 3.600,00
- Agosto 1955 - 2.154,00 de 1-2-1959 a 29-2-960: 5.800,00
- Set 1956 - 2.414,00 de 1-3-1960 a 30-9-960: 7.000,00
- Out 1956 - 2.414,00 de 1-10-1960 a 31-3-961: 7.280,00



Número de Ordem _____

FOTO
3x4 cm.

NOME *Francisco Machado de Campos*

Filiação { Pai *Francisco Machado de Campos (Falecido)*
Mãe *da Maria da Conceição Leite (Falecida)*

Nascimento { Data *4 de Novembro de 1883*
Lugar *Campina*

Nacionalidade *Brasileira*

Quando estrangeiro { *É casado com brasileira?*
Tem filhos brasileiros?
Data em que chegou ao Brasil

Residência *Carteira de identidade modelo n.º 19, n.º*
Rua Luiz Juma, 252

Nome dos beneficiários _____

Número do Registro Profissional _____ Carteira Profissional _____ série _____

Carteira Sindical n.º _____ Carteira de Reservista n.º _____

Carteira do Instituto ou Caixa de Aposentadoria e Pensões, n.º _____

Categoria _____ Função *Dispensado*

Vencimentos *700 \$ 00 (Duzentos mil reis — por extenso)*

Forma de pagamento *mensal* Comissões _____

Utilidades \$ _____ Gorjetas ou gratificações \$ _____

Horário normal de trabalho, das _____ às _____ horas, com o intervalo de _____

para refeição e descanso.

Data de admissão, *15* de *Julho* de *1942*

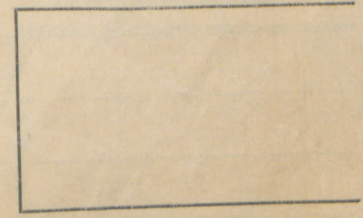
Campina *20* de *Agosto* de *1942*

Francisco Machado de Campos
(ASSINATURA DO EMPREGADO)

Data da saída, *31* de *Outubro* de *1943*.

(ASSINATURA DO EMPREGADO)

POLEGAR DIREITO



Sau

Número de Ordem

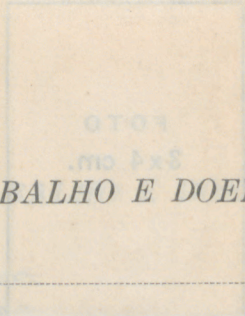


FOTO
3x4 cm.

ACIDENTES NO TRABALHO E DOENÇAS PROFISSIONAIS

NOME

Função

Data

Lugar

FÉRIAS GOZADAS

OBSERVAÇÕES

[Faint handwritten text and bleed-through from the reverse side of the page are visible throughout the form fields.]



Número de Ordem _____

NOME Amadeu Pires

Filiação { Pai Albino Pires (Falecido)
Mãe Da Maria ^{Maria} ~~Maria~~ Pires

Nascimento { Data 8 de Maio 1924
Lugar Campina

Nacionalidade Brasileira

Quando estrangeiro { É casado com brasileira? _____
Tem filhos brasileiros? _____
Data em que chegou ao Brasil _____
Carteira de identidade modelo n.º 19, n.º _____

Residência Rua Prudente Moraes 277

Nome dos beneficiários Solteiros

Número do Registro Profissional _____ Carteira Profissional 443941 série 34ª

Carteira Sindical n.º _____ Carteira de Reservista n.º _____

Carteira do Instituto ou Caixa de Aposentadoria e Pensões, n.º _____

Categoria _____ Função Copista

Vencimentos 200\$ - 00 (_____ por extenso)

Forma de pagamento mensal Comissões _____

Utilidades \$ _____ Gorjetas ou gratificações \$ _____

Horário normal de trabalho, das _____ às _____ horas, com o intervalo de _____ para refeição e descanso.

Data de admissão, 13 de Julho de 1942

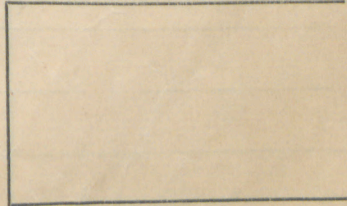
Campina, 20 de Agosto de 1942

Amadeu Pires
(ASSINATURA DO EMPREGADO)

Data da saída, 13 de Janeiro de 1947

Amadeu Pires
(ASSINATURA DO EMPREGADO)

POLEGAR DIREITO



ACIDENTES NO TRABALHO E DOENÇAS PROFISSIONAIS

FÉRIAS GOZADAS

Ordenados Parcelados:

De 13 de julho de 1942 à 31 de Dezembro de 1942 Cr\$ 200,00 =
 De 1 de Janeiro de 1943 à 31 de Dezembro de 1943 Cr\$ 260,00 =
 De 1 de Janeiro de 1944 à 31 de Julho de 1945 Cr\$ 320,00 =
 De 1 de Agosto de 1945 à 13 de Janeiro de 1947 Cr\$ 390,00 =

OBSERVAÇÕES

Recebi Cr\$ 120,90 (cento e vinte
 ouzeiros e noventa centavos) proveniente de 13. Digo.

Declaro que me retirei do Colégio Ateneu Paulista,
 de minha livre e espontânea vontade, dando por em
 plena quitação, dos meus direitos que por ventura
 venha ter de acordo com as leis trabalhistas em
 vigor.

Campinas, 13 de Janeiro de 1947.

Amadeu Feres



Número de Ordem _____

FOTO
3x4 cm.

NOME Luiz Lusiani

Filiação { Pai Olívio Lusiani
Mãe Da Maria Lusiani

Nascimento { Data 22 de Outubro 1915
Lugar Boitara, (Sorocaba)

Nacionalidade Brasileira

Quando estrangeiro { É casado com brasileira? _____
Tem filhos brasileiros? _____
Data em que chegou ao Brasil _____
Carteira de identidade modelo n.º 19, n.º _____

Residência Vila S. Bernardo

Nome dos beneficiários Solteiros

Número do Registro Profissional _____ Carteira Profissional 238575 série 28ª

Carteira Sindical n.º _____ Carteira de Reservista n.º _____

Carteira do Instituto ou Caixa de Aposentadoria e Pensões, n.º _____

Categoria _____ Função Copista

Vencimentos 200 \$ (_____ por extenso)

Forma de pagamento mensal Comissões _____

Utilidades \$ _____ Gorjetas ou gratificações \$ _____

Horário normal de trabalho, das _____ às _____ horas, com o intervalo de _____ para refeição e descanso.

Data de admissão, 27 de Julho de 1942

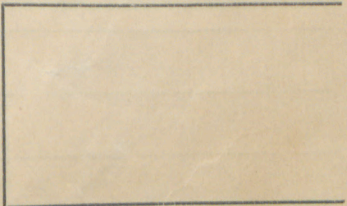
Campina, 2 de Agosto de 1942

Luiz Lusiani
(ASSINATURA DO EMPREGADO)

Data da saída, 11 de Setembro de 1942

(ASSINATURA DO EMPREGADO)

POLEGAR DIREITO



Sau

Número de Ordem

FOTO
3x4 cm.

ACIDENTES NO TRABALHO E DOENÇAS PROFISSIONAIS

NOME

Profissão

Vencimento

Nacionalidade

FÉRIAS GOZADAS

Quando estrangeiro

OBSERVAÇÕES

Categoria

Vencimentos

Forma de pagamento

Trabalhos

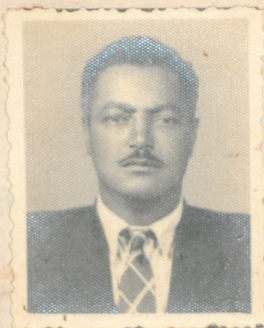
Horário normal de trabalho

para serviços especiais

Data de nascimento

(ASSINATURA DO EMPREGADO)

Data da redacção



Número de Ordem _____

NOME Benedicto Carlos Machado

Filiação { Pai Firmino Machado Mãe D.ª Luísa Evangelista Machado

Nascimento { Data 26 de Setembro 1903 Lugar Itatiba

Nacionalidade Brasileira

Quando estrangeiro { É casado com brasileira? _____
Tem filhos brasileiros? _____
Data em que chegou ao Brasil _____

Residência Rua D.º Azevedo Müller nº 26
Carteira de identidade modelo n.º 19, n.º _____

Nome dos beneficiários Casado. esposa. Maria Paula Machado

Número do Registro Profissional _____ Carteira Profissional 331735 série 30ª

Carteira Sindical n.º _____ Carteira de Reservista n.º _____

Carteira do Instituto ou Caixa de Aposentadoria e Pensões, n.º _____

Categoria _____ Função _____

Vencimentos 320,00 (Presença e Vant. Cívicas) por extenso _____

Forma de pagamento mensal Comissões _____

Utilidades \$ _____ Gorjetas ou gratificações \$ _____

Horário normal de trabalho, das _____ às _____ horas, com o intervalo de _____ para refeição e descanso.

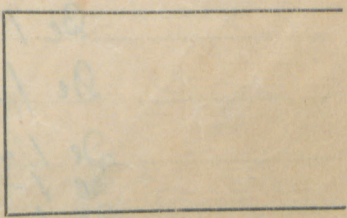
Data de admissão, 1 de Janeiro de 19 43

Caupis, 1 de Janeiro de 19 43

Benedicto Carlos Machado
(ASSINATURA DO EMPREGADO)

FALEceu em
Data da saída, 9 de Outubro de 19 63.

POLEGAR DIREITO



(ASSINATURA DO EMPREGADO)

ACIDENTES NO TRABALHO E DOENÇAS PROFISSIONAIS

Handwritten notes and signatures in the background, including names like 'José de Brito' and 'José de Brito'.

FÉRIAS GOZADAS

- 1943 = 5-12 a 22-12-943 =
- 1944 = 12-12 a 29-12-944 = 1953- De 19-12-53 a 8-1-54
- 1945 = 12-12 a 29-12-945 = 1954- De 19-12-54 a 8-1-55
- 1946 = 5-12 a 23-12-946 =
- 1947 = 12-12 a 29-12-947 =
- 1948 = 5-12 a 22-12-948 =
- 1949 = 8-12 a 26-12-949 =
- 1950 = 7-12 a 27-12-950 =
- 1951 = 10-12 a 30-12-951 =
- 1952 = 5-12 a 26-12-952 =

Período de Trabalho	Período de FÉRIAS
1-1-954 a 31-12-955	10-1-956 a 29-1-956
1-1-955 a 31-12-956	7-1-957 a 26-1-957
1-1-956 a 31-12-957	9-1-958 a 28-1-958
1-1-957 a 31-12-958	12-1-959 a 31-1-959
1-1-958 a 31-12-959	19-1-960 a 7-2-960

OBSERVAÇÕES

Imp. Sindical

Ordens	De	À	Valor	Imp. Sindical
Ordens	De 1/1/43	à 30/6/43	- 320,00 mensais	1945 = 18,00 = 28/4
De 1-2-954	a 28-2-960	7.000,00		1946 = 26,00 = 22/4
De 1-3-960	a 30-9-960	9.000,00		1947 = 26,00 = 29/4
De 1-10-960	a 31-3-961	9.280,00		1948 = 40,00 = 15/4
De 1-4-961	a 30-7-961	12.600,00		1949 = 72,00 = 29/4
De 1-10-961	a 31-10-961	15.050,00		1950 = 72,00 = 21/4
De 1-11-961	a 31-12-962	17.500,00		1951 = 60,00 = 27/4
De 1-1-963		28.000,00		1952 = 60,00 = 29/4
	De 1/7/43	à 30/11/43	- 350,00	1953 = 84,70 = 29/4
	De 1/12/43	à 30/5/44	- 410,00	1954 = 121,30 = 30/4
	De 1/6/44	à 31/7/45	- 450,00	1955 = 121,30 = 29/4
	De 1/8/45	à 31/12/47	650,00	1956 = 145,10 = 30/4
	De 1/1/48	à 29/2/48	750,00	1957 = 166,70 = 30/4
	De 1/3/48	à 28/2/949	1.000,00	1958 = 166,70 = 30/4
	De 1/3/49	à 31/3/951	1.800,00	1959 = 233,30 = 30/4
	De 1/4/51	à 28/2/952	1.980,00	1960 = 300,00 = 30/4
	De 1/3/52	à 31/3/953	2.540,00	1961 = 307,30 = 29-4-961
	De 1/4/953	à 31/12/953	2.840,00	1962 = 583,30 = 30-4-962
	De 1-1-954	a 28-2-954	2.840,00	1963 = 933,30 = 30-4-963
	De 1-3-954	a 31-3-955	3.640,00	
	De 1-4-955	a 28-2-956	3.644,00	
	De 1-3-956	a 31-7-956	4.354,00	
	De 1-8-956	a 31-1-959	5.000,00	



Número de Ordem.....

NOME *Antenor Massucatto*

Filiação { Pai *Jose Massucatto*
Mãe *D. Evilia Zorzi Massucatto*

Nascimento { Data *27 de Maio de 1934*
Lugar *Amparo*

Nacionalidade *Brasileira*

Quando estrangeiro { *É casado com brasileira?*
Tem filhos brasileiros?
Data em que chegou ao Brasil
Carteira de identidade modelo n.º 19, n.º

Residência *Chacara de Lourençini*

Nome dos beneficiários *Suetoni*

Número do Registro Profissional..... Carteira Profissional..... série.....

Carteira Sindical n.º..... Carteira de Reservista n.º.....

Carteira do Instituto ou Caixa de Aposentadoria e Pensões, n.º.....

Categoria *Auxiliar*..... Função.....

Vencimentos *260\$00* (..... por extenso)

Forma de pagamento *Mensual de acordo q/ salário mínimo* Comissões.....

Utilidades \$..... Gorjetas ou gratificações \$.....

Horário normal de trabalho, das..... às..... horas, com o intervalo de..... para refeição e descanso.

Data de admissão, *11* de *Novembro* de 19 *42*

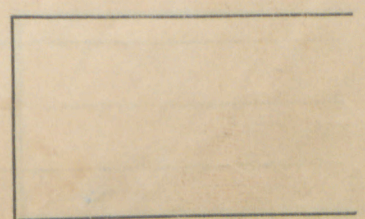
Campina, *1* de *Janeiro* de 19 *43*

Antenor Massucatto
(ASSINATURA DO EMPREGADO)

Data da saída, *13* de *Agosto* de 19 *43*

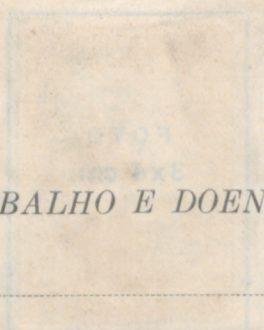
(ASSINATURA DO EMPREGADO)

POLEGAR DIREITO



Sau

Número de Ordem



ACIDENTES NO TRABALHO E DOENÇAS PROFISSIONAIS

Nome: *Antônio M. ...*

Filiação: *Mãe: ...*

Nascimento: *15/10/1915*

Nacionalidade: *Brasileira*

FÉRIAS GOZADAS

Quando autorizado: *...*

Quando gozadas: *...*

Local: *...*

Assinatura: *...*

OBSERVAÇÕES

Observações: *...*

Assinatura: *...*

Data: *...*



Número de Ordem.....

NOME *Alice Excilia Krambeck* *Digo Krambeck*

Filiação { Pai *Theodoro Krambeck*
Mãe *Alice Silva Krambeck (Falecida)*

Nascimento { Data *7 de Março de 1915*
Lugar *Campinas*

Nacionalidade *Brasileira*

Quando estrangeiro { *É casado com brasileira?*
Tem filhos brasileiros?
Data em que chegou ao Brasil

Residência *Carteira de identidade modelo n.º 19, n.º*
Rua Regente Feijó n.º 457

Nome dos beneficiários.....

Número do Registro Profissional..... Carteira Profissional *673288* série *42*

Carteira Sindical n.º..... Carteira de Reservista n.º.....

Carteira do Instituto ou Caixa de Aposentadoria e Pensões, n.º.....

Categoria..... Função.....

Vencimentos \$..... (..... por extenso)

Forma de pagamento..... Comissões.....

Utilidades \$..... Gorjetas ou gratificações..... \$

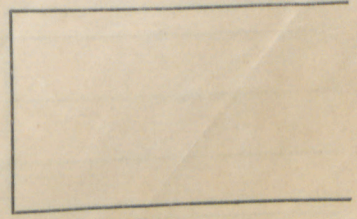
Horário normal de trabalho, das..... às..... horas, com o intervalo de.....

para refeição e descanso.

Data de admissão, *27* de *Fevereiro* de 19*43*.

..... de 19.....

POLEGAR DIREITO

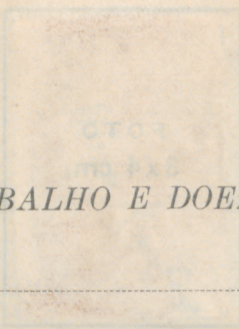


(ASSINATURA DO EMPREGADO)

Data da saída, *30* de *Abril* de 19*49*

Alice Excilia Krambeck
(ASSINATURA DO EMPREGADO)

ACIDENTES NO TRABALHO E DOENÇAS PROFISSIONAIS



Número de Ordem

Nome

Alves, Carlos

Profissão

Alfaiate

Data

10 de Março de 1915

Localidade

Porto

FÉRIAS GOZADAS

Quantidade

15 dias

OBSERVAÇÕES

...

(ASSINATURA DO EMPREGADO)

Data da redacção de 30 de Abril de 1915

...



Número de Ordem _____

FOTO
3x4 cm.

NOME *Sebastião Elias Almeida*

Filiação { Pai *Carlos Elias Almeida*
Mãe *D. Amansa Elias Almeida*

Nascimento { Data *18 Setembro 1918*
Lugar *Monte - Mir*

Nacionalidade *Brasileira*

Quando estrangeiro { *É casado com brasileira?*
Tem filhos brasileiros?
Data em que chegou ao Brasil

Residência *Carteira de identidade modelo n.º 19, n.º*
Rua Madureira 300 10

Nome dos beneficiários *Solteiro*

Número do Registro Profissional _____ Carteira Profissional *462374* série *342*

Carteira Sindical n.º _____ Carteira de Reservista n.º _____

Carteira do Instituto ou Caixa de Aposentadoria e Pensões, n.º *173876*

Categoria _____ Função *Copista*

Vencimentos \$ _____ (_____ por extenso)

Forma de pagamento _____ Comissões _____

Utilidades \$ _____ Gorjetas ou gratificações \$ _____

Horário normal de trabalho, das _____ às _____ horas, com o intervalo de _____ para refeição e descanso.

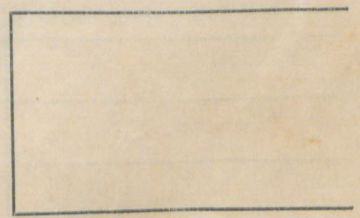
Data de admissão, *1* de *Março* de 19 *43*
_____, _____ de _____ de 19 _____

x *Sebastião Elias Almeida*
(ASSINATURA DO EMPREGADO)

Data da saída, *8* de *Fevereiro* de 19 *44*

Sebastião Elias Almeida
(ASSINATURA DO EMPREGADO)

POLEGAR DIREITO

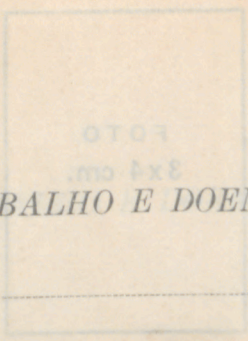


Sain

Número de Ordem

FOTO
3x4 cm.

ACIDENTES NO TRABALHO E DOENÇAS PROFISSIONAIS



NOME

Delegado de Polícia

Endereço

Rua ...

Vacinação

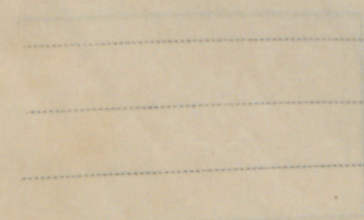
...

FÉRIAS GOZADAS

...

OBSERVAÇÕES

...



Delegado de Polícia



Número de Ordem.....

FOTO
3x4 cm.

NOME *Flavio Raraçoni*

Filiação { Pai *Franco Raraçoni*
Mãe *Dr. Pascha Raraçoni*

Nascimento { Data *9 de Junho 1918*
Lugar *Carayoni*

Nacionalidade *Brasileira*

Quando estrangeiro { *É casado com brasileira?*
Tem filhos brasileiros?
Data em que chegou ao Brasil
Carteira de identidade modelo n.º 19, n.º

Residência *Rua Tucumã 487*

Nome dos beneficiários *Casado - Emp - Sem*

Número do Registro Profissional..... Carteira Profissional..... série.....

Carteira Sindical n.º..... Carteira de Reservista n.º.....

Carteira do Instituto ou Caixa de Aposentadoria e Pensões, n.º.....

Categoria..... Função *Copeiro*

Vencimentos \$..... (..... por extenso)

Forma de pagamento..... Comissões.....

Utilidades \$..... Gorjetas ou gratificações \$.....

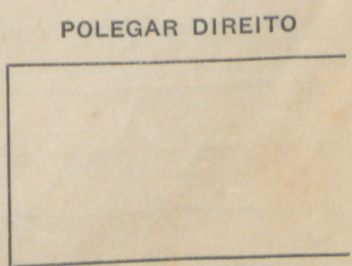
Horário normal de trabalho, das..... às..... horas, com o intervalo de..... para refeição e descanso.

Data de admissão, *15* de *Maio* de 19 *43*
..... de 19.....

Flavio Raraçoni
(ASSINATURA DO EMPREGADO)

Data da saída, *30* de *Setembro* de 19 *43*

Flavio Raraçoni
(ASSINATURA DO EMPREGADO)



Sau

Nome do Ofício

FOTO
2x4 cm.

ACIDENTES NO TRABALHO E DOENÇAS PROFISSIONAIS

NOME

Alcides Rodrigues

Filiação

Alcides Rodrigues

Vacinação

Alcides Rodrigues

Residência

Alcides Rodrigues

FÉRIAS GOZADAS

Quando estancado

Alcides Rodrigues

Residência

Alcides Rodrigues

Nome dos trabalhadores

OBSERVAÇÕES

Categoria

Alcides Rodrigues

Vacinação

Alcides Rodrigues

Forma de pagamento

Alcides Rodrigues

Atividade

Alcides Rodrigues

Horário normal de trabalho

Alcides Rodrigues

para registro e controle

Alcides Rodrigues

ASSINATURA DO EMPREGADO

30 de Junho de 1963

Alcides Rodrigues



Número de Ordem _____

FOTO
3x4 cm.

NOME Marcos Nardo

Filiação { Pai Francisco Luiz Nardo
Mãe De Rachel Palmieri

Nascimento { Data 25 Abril 1922
Lugar Luiziana

Nacionalidade Brasileiro

Quando estrangeiro { É casado com brasileira? _____
Tem filhos brasileiros? _____
Data em que chegou ao Brasil _____
Carteira de identidade modelo n.º 19, n.º _____

Residência Rua D. Luísa 1791

Nome dos beneficiários Lettins

Número do Registro Profissional _____ Carteira Profissional _____ série _____

Carteira Sindical n.º _____ Carteira de Reservista n.º _____

Carteira do Instituto ou Caixa de Aposentadoria e Pensões, n.º _____

Categoria _____ Função Copista

Vencimentos \$ _____ (_____ por extenso)

Forma de pagamento _____ Comissões _____

Utilidades \$ _____ Gorjetas ou gratificações \$ _____

Horário normal de trabalho, das _____ às _____ horas, com o intervalo de _____ para refeição e descanso.

Data de admissão, 1 de Abril de 19 43

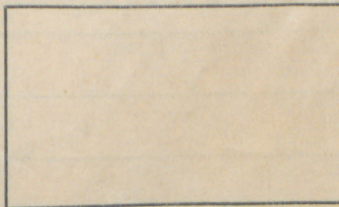
_____, _____ de _____ de 19 _____

x Marcos Nardo
(ASSINATURA DO EMPREGADO)

Data da saída, 30 de Junho de 19 43

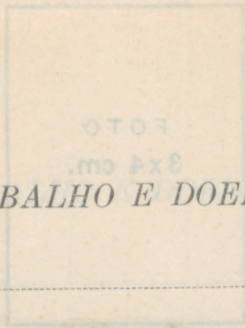
(ASSINATURA DO EMPREGADO)

POLEGAR DIREITO



Sau

Número de Ordem



ACIDENTES NO TRABALHO E DOENÇAS PROFISSIONAIS

Nome: *Alcides da Silva*
 Profissão: *Operário*
 Data: *20/11/1958*
 Local: *Indústria de Cimento (Cruzeiro)*
 Vizinhança: *...*

FÉRIAS GOZADAS

E caso com férias? *...*
 Tem filhos dependentes? *...*
 Data em que chegou ao Brasil: *...*
 Categoria de trabalho: *...*
 Nome das empresas: *...*

OBSERVAÇÕES

Categoria: *Operário*
 Vencimentos: *...*
 Forma de pagamento: *...*
 Faltas: *...*
 Hora normal de trabalho: *...*
 Hora normal de trabalho das férias: *...*
 para registro e decisão: *...*
 Assinatura: *...*
 Data: *...*



FOTO
3x4 cm.

Número de Ordem _____

NOME Benedicto Dias

Filiação { Pai Antônio Joaquim Dias
Mãe D.ª Maria Silva Dias

Nascimento { Data 12 maio 1924
Lugar S.ª Rita de Cássia (univ. feres)

Nacionalidade Brasileiro

Quando estrangeiro { É casado com brasileira? _____
Tem filhos brasileiros? _____
Data em que chegou ao Brasil _____
Carteira de identidade modelo n.º 19, n.º _____

Residência Atenas

Nome dos beneficiários Sobrinho

Número do Registro Profissional _____ Carteira Profissional _____ série _____

Carteira Sindical n.º _____ Carteira de Reservista n.º _____

Carteira do Instituto ou Caixa de Aposentadoria e Pensões, n.º _____

Categoria _____ Função Aux. Contábil

Vencimentos \$ _____ (_____ por extenso)

Forma de pagamento _____ Comissões _____

Utilidades \$ _____ Gorjetas ou gratificações \$ _____

Horário normal de trabalho, das _____ às _____ horas, com o intervalo de _____ para refeição e descanso.

Data de admissão, 11 de Março de 1943.

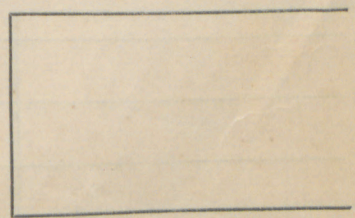
Calagem, 11 de Março de 1943

x Benedicto Dias
(ASSINATURA DO EMPREGADO)

Data da saída, 10 de Maio de 1943

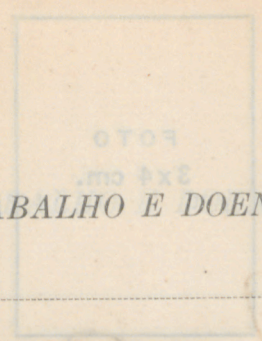
(ASSINATURA DO EMPREGADO)

POLEGAR DIREITO



Sain

Número de Ordem



ACIDENTES NO TRABALHO E DOENÇAS PROFISSIONAIS

Nome: *Antonio Joaquim da Silva*
 Filiação: *Antônio Joaquim da Silva*
 Data de Nascimento: *10 de Maio de 1910*
 Local de Nascimento: *Sto. Antônio do Rio Negro (rua fuz)*
 Nacionalidade: *Brasileira*

FÉRIAS GOZADAS

Quantidade em dias: _____
 Data de início: _____
 Data de término: _____
 Nome do profissional: *Antonio*
 Número do Registro Profissional: _____
 Categoria Profissional: _____

OBSERVAÇÕES

Categoria: *Emp. Civil*
 Formas de pagamento: _____
 Trabalho: _____
 Horário normal de trabalho: _____
 Data de início: _____
 Data de término: _____
 Assinatura do Empregador: _____
 Data de emissão: _____



Número de Ordem

FOTO
3x4 cm.

NOME *João Jacob*

Filiação { Pai *Augusto Jacob*
Mãe *Da Conceição Jacob*

Nascimento { Data *15 de Novembro 1916*
Lugar *Tudaiatuba*

Nacionalidade *Brasileiro*

Quando estrangeiro { É casado com brasileira?
Tem filhos brasileiros?
Data em que chegou ao Brasil
Carteira de identidade modelo n.º 19, n.º

Residência *Itamar*

Nome dos beneficiários *Solteiro*

Número do Registro Profissional Carteira Profissional série

Carteira Sindical n.º Carteira de Reservista n.º

Carteira do Instituto ou Caixa de Aposentadoria e Pensões, n.º

Categoria Função *Vigilante*

Vencimentos \$ (por extenso)

Forma de pagamento Comissões

Utilidades \$ Gorjetas ou gratificações \$

Horário normal de trabalho, das às horas, com o intervalo de para refeição e descanso.

Data de admissão, *15* de *Setembro* de 19*43*

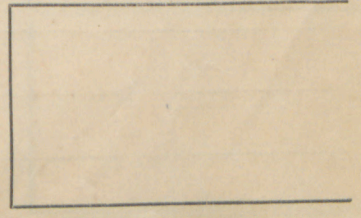
de de 19

João Jacob
(ASSINATURA DO EMPREGADO)

Data da saída, *30* de *Junho* de 19*43*

(ASSINATURA DO EMPREGADO)

POLEGAR DIREITO

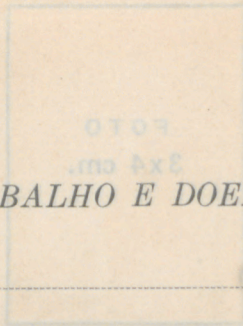


Sau

Ministério de Obras

FOTO
3x4 cm.

ACIDENTES NO TRABALHO E DOENÇAS PROFISSIONAIS



NOME

Função

Data

Localidade

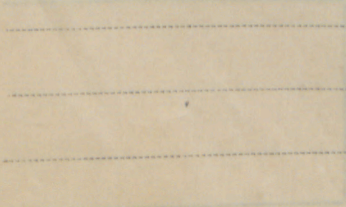
FÉRIAS GOZADAS

OBSERVAÇÕES

[Handwritten entries in the top section, including names and dates, though mostly illegible due to bleed-through.]

[Handwritten entries in the middle section, including dates and descriptions, though mostly illegible due to bleed-through.]

[Handwritten entries in the bottom section, including observations and dates, though mostly illegible due to bleed-through.]





Número de Ordem _____

NOME *Arvelino Aires*

Filiação { Pai *João Baptista Aires Maranhão*
Mãe *D.ª Joana do Carmo*

Nascimento { Data *25 de Junho de 1889 d.º 8 de Junho 1878*
Lugar *Portugal*

Nacionalidade *B Português*

Quando estrangeiro { É casado com brasileira? _____
Tem filhos brasileiros? *2 filhos Arvelino*
Data em que chegou ao Brasil *1930*
Carteira de identidade modelo n.º 19, n.º _____

Residência *Stenue*

Nome dos beneficiários *Esposa Olívia Jesus, João Aires, José*

Número do Registro Profissional _____ Carteira Profissional *680.280 série 40ª*

Carteira Sindical n.º _____ Carteira de Reservista n.º _____

Carteira do Instituto ou Caixa de Aposentadoria e Pensões, n.º _____

Categoria _____ Função *Lombada*

Vencimentos \$ _____ (_____ por extenso)

Forma de pagamento _____ Comissões _____

Utilidades \$ _____ Gorjetas ou gratificações \$ _____

Horário normal de trabalho, das _____ às _____ horas, com o intervalo de _____ para refeição e descanso.

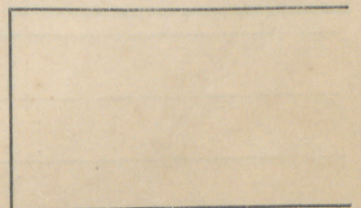
Data de admissão, *10* de *Março* de 19 *43*

de _____ de 19 _____
Arvelino Aires
(ASSINATURA DO EMPREGADO)

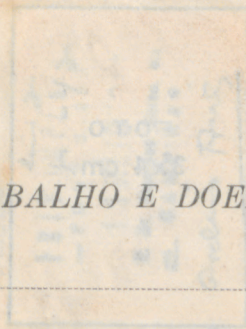
Data da saída, *31* de *Março* de 19 *48* *falecido*

(ASSINATURA DO EMPREGADO)

POLEGAR DIREITO



ACIDENTES NO TRABALHO E DOENÇAS PROFISSIONAIS



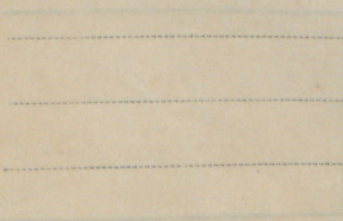
Nome: *Alfredo Gomes*
 Pat: *1000*
 Mês: *10*
 Ano: *1943*
 Data: *10/10/43*
 Nascimento: *10/10/1889*
 Lugar: *Portugal*
 Nacionalidade: *Portuguesa*

FÉRIAS GOZADAS

Quando estrangeiro: *1938*
 Data em que chegou ao Brasil: *1938*
 Tem filhos brasileiros?
 E casado com brasileiro?
 Destino: *Portugal*
 Data das férias: *10-3-43 a 30-11-43*
 Categoria de Seguro Profissional: *1000*
 Categoria Divisão n.º: *1000*

OBSERVAÇÕES

matricula no I.A.P.C nº 1512342
 Ordenado de 10-3-43 a 30-11-43 - 260.00
 " de 1-12-43 a 31-7-45 - 320.00
 " de 1-8-45 a 31-3-48 - 395.00



Data da saída: *10/10/43*
 Assinatura do Empregado: *Alfredo Gomes*
 Assinatura do Empregador: *[Faint Signature]*



Número de Ordem.....

NOME *Antonio Mendes Batista*

Filiação { Pai *Mauel Mendes Batista*
Mãe *J. Alberta Jesus Batista*

Nascimento { Data *31 de Outubro 1914*
Lugar *Santos*

Nacionalidade *Brasil*

Quando estrangeiro { *É casado com brasileira?*
Tem filhos brasileiros?
Data em que chegou ao Brasil
Carteira de identidade modelo n.º 19, n.º

Residência *Santos*

Nome dos beneficiários *Soltuis*

Número do Registro Profissional..... Carteira Profissional..... série.....

Carteira Sindical n.º..... Carteira de Reservista n.º.....

Carteira do Instituto ou Caixa de Aposentadoria e Pensões, n.º.....

Categoria..... Função *Vigilante*

Vencimentos \$..... (..... por extenso)

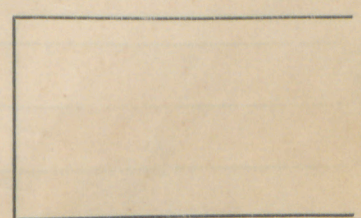
Forma de pagamento..... Comissões.....

Utilidades \$..... Gorjetas ou gratificações \$.....

Horário normal de trabalho, das..... às..... horas, com o intervalo de..... para refeição e descanso.

Data de admissão, *10* de *Maio* de 19*43*
..... de..... de 19.....

POLEGAR DIREITO

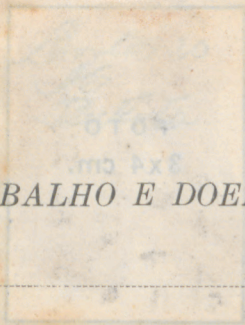


Antonio Mendes Batista
(ASSINATURA DO EMPREGADO)

Data da saída, *11* de *Maio* de 19*43*

Antonio Mendes Batista
(ASSINATURA DO EMPREGADO)

Número de Ordem



ACIDENTES NO TRABALHO E DOENÇAS PROFISSIONAIS

Nome: *Antonio Gomes Pereira*
 Pat: *123456789*
 Mãe: *Maria Pereira*
 Data: *15 de Outubro 1944*
 Nascimento: *15 de Outubro 1944*
 Local: *Porto Alegre*
 Nacionalidade: *Brasil*

FÉRIAS GOZADAS

Quando contratado: *15 de Outubro 1944*
 Em caso de despedida: *15 de Outubro 1944*
 Tem filhos brasileiros: *Sim*
 Tem filhos estrangeiros: *Não*
 Tem em que dependa de: *Não*
 Nome dos dependentes: *Antônio Pereira*
 Número do Registro Profissional: *123456789*
 Categoria Profissional: *Engenheiro*
 Categoria Sindical: *123456789*

OBSERVAÇÕES

Categoria: *Engenheiro*
 Vencimentos: *123456789*
 Forma de pagamento: *Parcelado*
 Férias: *30 dias*
 Horário normal de trabalho: *8 horas*
 para registro e descansa: *15 dias*
 Data de admissão: *15 de Outubro 1944*
 Data de saída: *15 de Outubro 1944*
 Assinatura do Empregado: *Antonio Gomes Pereira*
 Assinatura do Empregador: *[Assinatura]*

Mais Negs

BO

COLÉGIO ATENEU PAULISTA



Número de Ordem

NOME

Antonio Marques

Filiação

Pai Severiano José Marques
Mãe Sr.ª Joseina Marques

Nascimento

Data 28 de Dezembro 1920
Lugar São Sebastião do Paraíso

Nacionalidade

Brasileiro

Quando estrangeiro

É casado com brasileira?
Tem filhos brasileiros?
Data em que chegou ao Brasil
Carteira de identidade modelo n.º 19, n.º

Residência

Ateneu

Nome dos beneficiários

Seu pai

Número do Registro Profissional

Carteira Profissional série

Carteira Sindical n.º

Carteira de Reservista n.º

Carteira do Instituto ou Caixa de Aposentadoria e Pensões, n.º

Categoria

Função *Quartel*

Vencimentos \$

(por extenso)

Forma de pagamento

Comissões

Utilidades \$

Gorjetas ou gratificações \$

Horário normal de trabalho, das às horas, com o intervalo de para refeição e descanso.

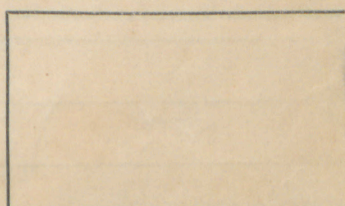
Data de admissão 12 de Março de 1943

Antonio Marques
(ASSINATURA DO EMPREGADO)

Data da saída, 16 de Dezembro de 1943

Antonio Marques
(ASSINATURA DO EMPREGADO)

POLEGAR DIREITO



Seu

ACIDENTES NO TRABALHO E DOENÇAS PROFISSIONAIS

FÉRIAS GOZADAS

OBSERVAÇÕES

- 1) Férias Resolh. IAPC - de março a Junho/43 - recolh. em 25/08/43 - Matrícula 377475 -
- 2) Férias mensais IAPC - Julho a Dez/43
- 3) Férias Det. 43 - baixa da saída - recolh. em 31/01/44

Nome por extenso: ANTONIO MAFRA MARQUES



Número de Ordem

FOTO
3x4 cm.

NOME *Arnaldo Jacob*

Filiação { Pai *Augusto Jacob*
Mãe *D. Fláudia Jacob*

Nascimento { Data *14 de Junho de 1915*
Lugar *Campina*

Nacionalidade *Brasileiro*

Quando estrangeiro { É casado com brasileira?
Tem filhos brasileiros?
Data em que chegou ao Brasil
Carteira de identidade modelo n.º 19, n.º

Residência *Meua*

Nome dos beneficiários *Patrua*

Número do Registro Profissional _____ Carteira Profissional _____ série

Carteira Sindical n.º _____ Carteira de Reservista n.º _____

Carteira do Instituto ou Caixa de Aposentadoria e Pensões, n.º *212393*

Categoria _____ Função *Vigilância Sub. chefe.*

Vencimentos \$ _____ (_____ por extenso)

Forma de pagamento *920,00 mensais* Comissões

Utilidades \$ _____ Gorjetas ou gratificações \$ _____

Horário normal de trabalho, das _____ às _____ horas, com o intervalo de _____ para refeição e descanso.

Data de admissão, *1* de *Março* de 19*43*

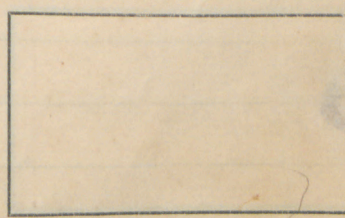
_____, de _____ de 19 _____

Arnaldo Jacob
(ASSINATURA DO EMPREGADO)

Data da saída, *6* de *Janeiro* de 19*44*

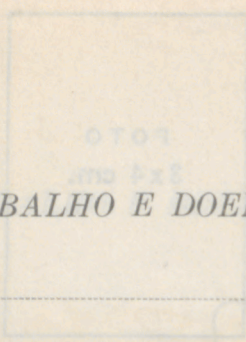
(ASSINATURA DO EMPREGADO)

POLEGAR DIREITO



Sau

ACIDENTES NO TRABALHO E DOENÇAS PROFISSIONAIS



Handwritten entries in a table format, including fields for Name (NOME), Address (Endereço), Date (Data), and other details. The text is mostly illegible due to fading and bleed-through.

FÉRIAS GOZADAS

Handwritten entries in a table format, likely recording vacation periods. The text is mostly illegible due to fading and bleed-through.

OBSERVAÇÕES

Handwritten notes and observations in a table format. The text is mostly illegible due to fading and bleed-through.



Número de Ordem.....

FOTO
3x4 cm.

NOME *Sebastião Pedro Gomes Jr.*

Filiação { Pai *Sebastião Pedro Gomes Saneiro.*
Mãe *Dª Anna Elia*

Nascimento { Data *9 de Novembro 1923*
Lugar *Jaquary.*

Nacionalidade *Brasileira*

Quando estrangeiro { *É casado com brasileira?*
Tem filhos brasileiros?
Data em que chegou ao Brasil
Carteira de identidade modelo n.º 19, n.º

Residência *Recem*

Nome dos beneficiários *Recem*

Número do Registro Profissional..... Carteira Profissional..... série.....

Carteira Sindical n.º..... Carteira de Reservista n.º.....

Carteira do Instituto ou Caixa de Aposentadoria e Pensões, n.º.....

Categoria..... Função *Copeiro*

Vencimentos \$..... (..... por extenso)

Forma de pagamento..... Comissões.....

Utilidades \$..... Gorjetas ou gratificações \$.....

Horário normal de trabalho, das..... às..... horas, com o intervalo de..... para refeição e descanso.

Data de admissão, *1* de *Abril* de 19 *43*

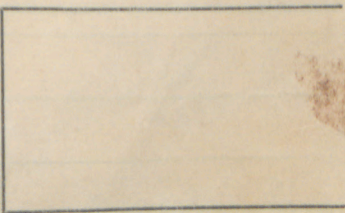
..... de 19.....

Sebastião Pedro Gomes
(ASSINATURA DO EMPREGADO)

Data da saída, *29* de *Maior* de 19 *43*

.....
(ASSINATURA DO EMPREGADO)

POLEGAR DIREITO

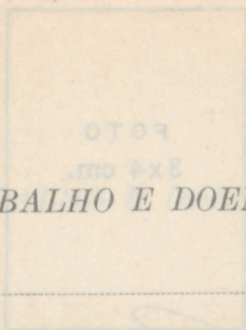


Sane

Vencido de Ordem

FOTO
3x4 cm

ACIDENTES NO TRABALHO E DOENÇAS PROFISSIONAIS



NOME

Pa

Filiação

Mãe

Nacionalidade

Data

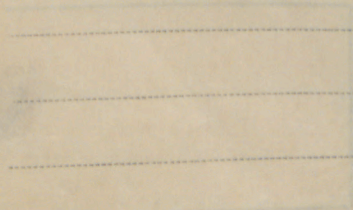
Lugar

Residência

FÉRIAS GOZADAS

Quando começaram

OBSERVAÇÕES





Número de Ordem _____

FOTO
3x4 cm.

NOME *João Cruzara*

Filiação { Pai *Leuz Cruzara*
Mãe *Da. Paschoa Brazatella*

Nascimento { Data *9 de Junho de 1904*
Lugar *Remoia*

Nacionalidade *Brasileira*

Quando estrangeiro { É casado com brasileira? _____
Tem filhos brasileiros? _____
Data em que chegou ao Brasil _____
Carteira de identidade modelo n.º 19, n.º _____

Residência *Vila Almeida Mat. Maria Monteiro 277*

Nome dos beneficiários *Neteis*

Número do Registro Profissional _____ Carteira Profissional _____ série _____

Carteira Sindical n.º _____ Carteira de Reservista n.º _____

Carteira do Instituto ou Caixa de Aposentadoria e Pensões, n.º _____

Categoria _____ Função *Servente*

Vencimentos \$ _____ (_____ por extenso)

Forma de pagamento _____ Comissões _____

Utilidades \$ _____ Gorjetas ou gratificações \$ _____

Horário normal de trabalho, das _____ às _____ horas, com o intervalo de _____ para refeição e descanso.

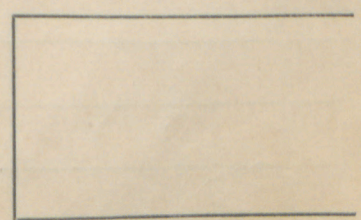
Data de admissão, *1* de *Sete* de 19 *43*
de _____ de 19 _____

João Cruzara
(ASSINATURA DO EMPREGADO)

Data da saída, *20* de *Agosto* de 19 *43*.

(ASSINATURA DO EMPREGADO)

POLEGAR DIREITO

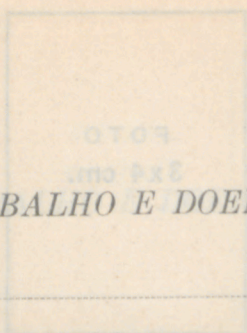


Sauil
20-8-43

Número do Cadastro

FOTO
3x3 cm

ACIDENTES NO TRABALHO E DOENÇAS PROFISSIONAIS



Nome

Profissão

Data do acidente

Lugar do acidente

FÉRIAS GOZADAS

OBSERVAÇÕES

[Faint handwritten text in the top section, possibly a name and date]

[Faint handwritten text in the middle section, possibly a date]

[Faint handwritten text in the bottom section, possibly a signature]



Número de Ordem _____

FOTO
3x4 cm.

NOME *Adalberto Prado e Silva*

Filiação { Pai *José Romão da Silva*
Mãe *Da Sebastiana Prado e Silva*

Nascimento { Data *8 de Agosto 1910*
Lugar *Mogi-Mirim*

Nacionalidade *Brasileira*

Quando estrangeiro { É casado com brasileira? _____
Tem filhos brasileiros? _____
Data em que chegou ao Brasil _____

Residência *Rua Arcebispo Nogueira 529*
Carteira de identidade modelo n.º 19, n.º _____

Nome dos beneficiários *Esposa: Santa Leonardi e Silva - F. P. e Dolgo*
José Leonardi e Silva

Número do Registro Profissional _____ Carteira Profissional _____ série _____

Carteira Sindical n.º _____ Carteira de Reservista n.º _____

Carteira do Instituto ou Caixa de Aposentadoria e Pensões, n.º _____

Categoria _____ Função *Professor*

Vencimentos *419,30* (_____ por extenso)

Forma de pagamento *Mensal (Por aula)* Comissões _____

Utilidades \$ _____ Gorjetas ou gratificações \$ _____

Horário normal de trabalho, das _____ às _____ horas, com o intervalo de _____
para refeição e descanso. *Veja anotação Livro N.º 1*
Folha N.º 47.

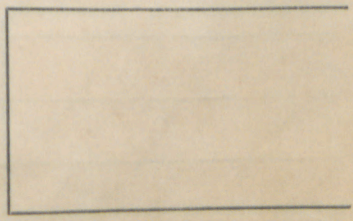
Data de admissão, *15* de *Março* de 19*43* *Registro de Professores*
de _____ de 19 _____

Adalberto Prado e Silva
(ASSINATURA DO EMPREGADO)

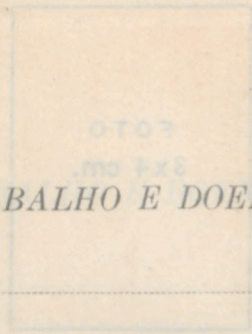
Data da saída, *15* de *Março* de 19*44*

(ASSINATURA DO EMPREGADO)

POLEGAR DIREITO



Sain



ACIDENTES NO TRABALHO E DOENÇAS PROFISSIONAIS

NOME

Filiação

Profissão

Localidade

FÉRIAS GOZADAS

Período

Valor

Observações

OBSERVAÇÕES

Ordens de:

Março de 1943: CRX 419,30

Abril de 1943 a Fev. 44 CRX 856,50

Março de 1944 CRX 428,00



Número de Ordem _____

NOME

João Fonseca

Filiação

Pai

Augusto Fonseca (Falecido)

Mãe

D.ª Marieta Fonseca

Nascimento

Data

17 de Fevereiro 1914

Lugar

Itapera - EA. S. Paulo.

Nacionalidade

Brasileira

Quando estrangeiro

É casado com brasileira?

Tem filhos brasileiros?

Data em que chegou ao Brasil

Carteira de identidade modelo n.º 19, n.º

Residência

Rua Guilherme da Silva 109

Nome dos beneficiários

Esposa: Marieta Fonseca

Número do Registro Profissional

Carteira Profissional 723963 série 63ª

Carteira Sindical n.º

Carteira de Reservista n.º

Carteira do Instituto ou Caixa de Aposentadoria e Pensões, n.º

Categoria

Função

Professor

Vencimentos 1642,800

(por extenso)

Forma de pagamento

Comissões

Utilidades

§

Gorjetas ou gratificações

§

Horário normal de trabalho, das às horas, com o intervalo de

para refeição e descanso.

Data de admissão,

15 de Março de 1943

de

de 19

POLEGAR DIREITO

X

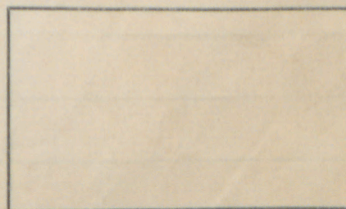
João Fonseca

(ASSINATURA DO EMPREGADO)

Data da saída,

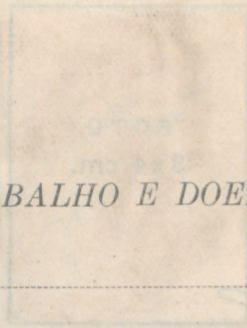
31 de Julho de 1946

(ASSINATURA DO EMPREGADO)



Número de Ordem

ACIDENTES NO TRABALHO E DOENÇAS PROFISSIONAIS



NOME

Profissão

Assentamento

Nacionalidade

FÉRIAS GOZADAS

Quando estrangeiro

Residência

Nome dos beneficiários

Número do Registro Profissional

Carteira Profissional

OBSERVAÇÕES

Categoria

Vencimentos

Forma de pagamento

Utilidades

Horário normal de trabalho, das

para refeição e descanso.

Local de residência

(ASSINATURA DO EMPREGADO)

Data da saída de férias de 1942

(ASSINATURA DO EMPREGADOR)



Número de Ordem _____

NOME *Ernesto Alves Lima*

Filiação { Pai *Ernesto Alves*
Mãe *Sr.ª Honorina Alves*

Nascimento { Data *29 de Setembro 1911*
Lugar *Uberaba (Mina)*

Nacionalidade *Brasileiro*

Quando estrangeiro { *É casado com brasileira?*
Tem filhos brasileiros?
Data em que chegou ao Brasil

Residência *Carteira de identidade modelo n.º 19, n.º*
Rua Custávia 280

Nome dos beneficiários *Esposa: Estel. filhos: Euclides e Eloisa*

Número do Registro Profissional _____ Carteira Profissional *369391* série *30*

Carteira Sindical n.º _____ Carteira de Reservista n.º _____

Carteira do Instituto ou Caixa de Aposentadoria e Pensões, n.º _____

Categoria _____ Função *Professor*

Vencimentos \$ _____ (_____ por extenso)

Forma de pagamento _____ Comissões _____

Utilidades \$ _____ Gorjetas ou gratificações \$ _____

Horário normal de trabalho, das _____ às _____ horas, com o intervalo de _____
para refeição e descanso. *Passado no Livro nº 1*

Data de admissão, *15* de *Maio* de 19*43* *folha nº 12*
Registro de Professores

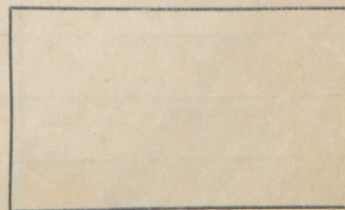
_____, de _____ de 19 _____

x *Ernesto Alves Lima*
(ASSINATURA DO EMPREGADO)

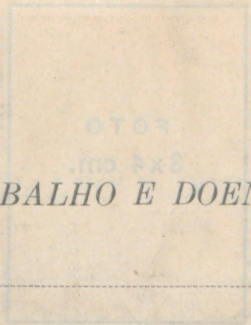
Data da saída, _____ de _____ de 19 _____

(ASSINATURA DO EMPREGADO)

POLEGAR DIREITO



Número de Ordem



ACIDENTES NO TRABALHO E DOENÇAS PROFISSIONAIS

Nome: *João de Deus*

Filiação: *João de Deus*

N.º: *1234*

Data de Nascimento: *10/10/1911*

Lugar de Nascimento: *Alagoas*

Nacionalidade: *Brasileira*

FÉRIAS GOZADAS

Quando estragado: _____

Comitê de Segurança: _____

Nome dos beneficiários: _____

Número do Registro Profissional: _____

Categoria Profissional: _____

Categoria Especial: _____

OBSERVAÇÕES

Categoria: *Professora*

Forma de pagamento: _____

Utilidades: _____

Haveres normais de trabalho, das _____

para repouso e descanso. _____

(ASSINATURA DO EMPREGADO)

Data da saída: _____ de _____ de _____



Número de Ordem _____

NOME Mario Jamini

Filiação { Pai Camilo Jamini
Mãe D. Silvana Lamei Jamini

Nascimento { Data 7 de Janeiro 1915
Lugar Iti

Nacionalidade Brasileiro

Quando estrangeiro { É casado com brasileira? _____
Tem filhos brasileiros? _____
Data em que chegou ao Brasil _____

Residência Joaquim Lacer - 672 - 14 Dez. 339

Nome dos beneficiários Solteiros

Número do Registro Profissional _____ Carteira Profissional 609122 série 42A

Carteira Sindical n.º _____ Carteira de Reservista n.º _____

Carteira do Instituto ou Caixa de Aposentadoria e Pensões, n.º _____

Categoria _____ Função Professor

Vencimentos \$ _____ (_____ por extenso)

Forma de pagamento _____ Comissões _____

Utilidades \$ _____ Gorjetas ou gratificações \$ _____

Horário normal de trabalho, das _____ às _____ horas, com o intervalo de _____ para refeição e descanso.

Data de admissão, 15 de Março de 1943

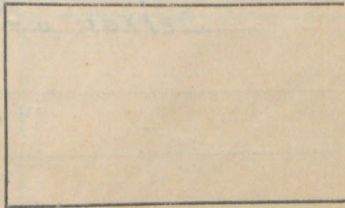
_____ de _____ de 19 _____

x Mario Jamini
(ASSINATURA DO EMPREGADO)

Data da saída, 28 de Julho de 1949

(ASSINATURA DO EMPREGADO)

POLEGAR DIREITO



ACIDENTES NO TRABALHO E DOENÇAS PROFISSIONAIS

FÉRIAS GOZADAS

OBSERVAÇÕES

Admissões Percebidos: *Imp. Sindical*

De Maio de 1943 a Junho de 1944	Cr. 449,50 =	1943	Cr. 16,70
" Maio de 1944 a Junho de 1945	Cr. 553,50 :	1944	Cr. 18,50
" Maio de 1945 a Junho de 1946	Cr. 619,20 .	1945	Cr. 19,50
" Maio de 1946 a Junho de 1947	Cr. 589,00 .	1946	Cr. 23,60
" Maio de 1947 a Maio de 1947	Cr. 747,00	1947	Cr. 29,90
" Junho de 1947 a Junho de 1948	Cr. 1.679,80	1948	Cr. 13,50
" Março de 1948 a Fevereiro de 1949	Cr. 336,60		

Deixou o Colegio em 28 de Fevereiro de 1949.



Número de Ordem _____

NOME

João Rodrigues da Silva

Filiação

Pai Antonio Rodrigues Parrera
Mãe D. Rita Rodrigues da Silva

Nascimento

Data 22 de Abril de 1923
Lugar Curitiba

Nacionalidade

Brasileira

Quando estrangeiro

É casado com brasileira?

Tem filhos brasileiros?

Data em que chegou ao Brasil

Carteira de identidade modelo n.º 19, n.º

Residência

Atenas

Nome dos beneficiários

Mãe

Número do Registro Profissional

Carteira Profissional _____ série _____

Carteira Sindical n.º

Carteira de Reservista n.º

Carteira do Instituto ou Caixa de Aposentadoria e Pensões, n.º

Categoria

Função Vigilante

Vencimentos \$

(_____ por extenso)

Forma de pagamento

Comissões

Utilidades \$

Gorjetas ou gratificações \$

Horário normal de trabalho, das _____ às _____ horas, com o intervalo de _____ para refeição e descanso.

Data de admissão, 1 de

Abril de 1943

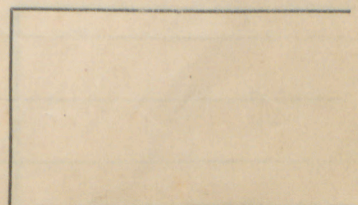
, de _____ de 19 _____

João Rodrigues da Silva
(ASSINATURA DO EMPREGADO)

Data da saída, 21 de Outubro de 1943.

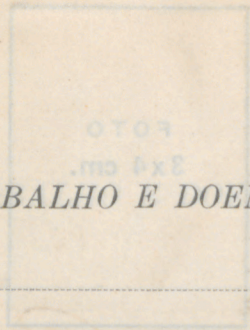
(ASSINATURA DO EMPREGADO)

POLEGAR DIREITO



Sau

ACIDENTES NO TRABALHO E DOENÇAS PROFISSIONAIS



Nome do Ordenador

FOTO
3x4 cm.

Nome

Função

Data

Localidade

Idade

Assinatura

FÉRIAS GOZADAS

Quando estrangeiro

Assinatura

Nome do beneficiário

OBSERVAÇÕES

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Data de emissão

Assinatura

ASSINATURA DO EMPREGADO

Data de emissão

FOTO
3x4 cm.

Número de Ordem _____

NOME *Lívio Tomás Pereira*

Filiação { Pai *João Sales Pereira*
Mãe *D.ª Laura Pereira*

Nascimento { Data *13 de Fevereiro 1909*
Lugar *Umirim - Minas*

Nacionalidade *Brasileira*

Quando estrangeiro { *É casado com brasileira?*
Tem filhos brasileiros?
Data em que chegou ao Brasil

Residência *Carteira de identidade modelo n.º 19, n.º*
Rua 14 de Eggeness 361

Nome dos beneficiários *Esposa: Laila Bertoni Pereira.*

Número do Registro Profissional *10.491* Carteira Profissional _____ série _____

Carteira Sindical n.º _____ Carteira de Reservista n.º _____

Carteira do Instituto ou Caixa de Aposentadoria e Pensões, n.º _____

Categoria _____ Função *Professor*

Vencimentos \$ _____ (_____ por extenso)

Forma de pagamento _____ Comissões _____

Utilidades \$ _____ Gorjetas ou gratificações \$ _____

Horário normal de trabalho, das _____ às _____ horas, com o intervalo de _____ para refeição e descanso.

Data de admissão, *15* de *Maio* de 19 *13*
de _____ de 19 _____

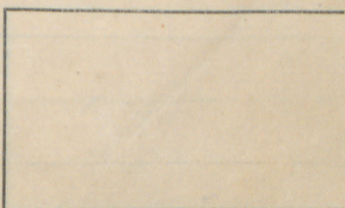
*Vea Livro nº 1
folha nº 20
Registro de Professores*

Lívio Thomas Pereira
(ASSINATURA DO EMPREGADO)

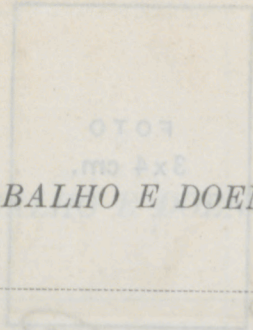
Data da saída, _____ de _____ de 19 _____

(ASSINATURA DO EMPREGADO)

POLEGAR DIREITO



Ministério do Trabalho



ACIDENTES NO TRABALHO E DOENÇAS PROFISSIONAIS

Nome: *Wilson Moura Lima*
 Função: *Operário*
 Data de Nascimento: *13 de Setembro 1909*
 Local de Nascimento: *Recife - Pernambuco*
 Assinatura: *Wilson Moura Lima*

FÉRIAS GOZADAS

Período de gozo: *11 de Setembro a 19 de Setembro 1919*
 Assinatura: *Wilson Moura Lima*

OBSERVAÇÕES

Observações: *Wilson Moura Lima*
 Assinatura do Empregado: *Wilson Moura Lima*
 Data da saída: _____ de _____ de 19____
 Assinatura do Empregado: _____



Número de Ordem _____

NOME

Eduardo Rodrigues Leite

Filiação

Pai

José Manuel Leite Digo José Rodrigues Leite Falecido

Mãe

D. Aureliana Rodrigues Leite Salas

Nascimento

Data

13 de Outubro 1906 - Digo 13 Novembro de 1906

Lugar

Campus

Nacionalidade

Brasileiro

Quando estrangeiro

É casado com brasileira?

Tem filhos brasileiros?

Data em que chegou ao Brasil

Carteira de identidade modelo n.º 19, n.º

Residência

R. Manoel Monteiro 1895

Nome dos beneficiários

Esposa: Oudina Filha: Ozenni

Número do Registro Profissional

Carteira Profissional 322116 série 30ª

Carteira Sindical n.º

Carteira de Reservista n.º

Carteira do Instituto ou Caixa de Aposentadoria e Pensões, n.º

Categoria

Função

Copista

Vencimentos \$

(

por extenso)

Forma de pagamento

Comissões

Utilidades \$

\$

Gorjetas ou gratificações

\$

Horário normal de trabalho, das

às

horas, com o intervalo de

para refeição e descanso.

Data de admissão,

de

9 de Maio de 1943

de

de 19

Eduardo Rodrigues Leite
(ASSINATURA DO EMPREGADO)

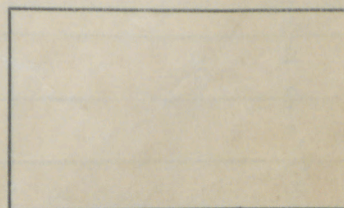
Data da saída,

de

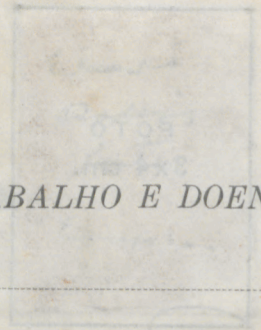
10 de maio de 1945

Eduardo Rodrigues Leite
(ASSINATURA DO EMPREGADO)

POLEGAR DIREITO



ACIDENTES NO TRABALHO E DOENÇAS PROFISSIONAIS



NOME

Raça

Nascimento

Nacionalidade

FÉRIAS GOZADAS

OBSERVAÇÕES

Retiro-me do Citeren por minha livre
Exporatarea vontade de acude.
Recebi minhas férias e meus
Vencimentos de acordo com a lei
dando por tanto plena quitação
dos meus direitos

Caujima 10 maio 1948

Eduardo Rodrigues Leite
Amadeu Pires

Revisão novamente 16/6/1945-

El não retirado enlaydo



Número de Ordem _____

FOTO
3x4 cm.

NOME *Cora Aparecida Ferraz*

Filiação { Pai *Sebastião José Ferraz (Falecido)*
Mãe *D.ª Guilhermina Assunção Ferraz*

Nascimento { Data *23 de março de 1913*
Lugar *Lucas*

Nacionalidade *Brasileira*

Quando estrangeiro { É casado com brasileira? _____
Tem filhos brasileiros? _____
Data em que chegou ao Brasil _____
Carteira de identidade modelo n.º 19, n.º _____

Residência *Paraná 435*

Nome dos beneficiários *Pretua*

Número do Registro Profissional _____ Carteira Profissional _____ série _____

Carteira Sindical n.º _____ Carteira de Reservista n.º _____

Carteira do Instituto ou Caixa de Aposentadoria e Pensões, n.º _____

Categoria _____ Função _____

Vencimentos \$ _____ (_____ por extenso)

Forma de pagamento _____ Comissões _____

Utilidades \$ _____ Gorjetas ou gratificações \$ _____

Horário normal de trabalho, das _____ às _____ horas, com o intervalo de _____ para refeição e descanso.

Data de admissão, *12* de *Junho* de 19 *43*

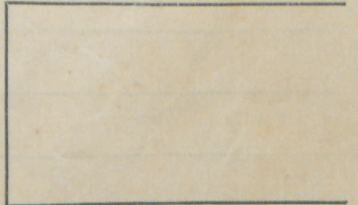
Caupuz, *15* de *Junho* de 19 *43*

Cora Aparecida Ferraz
(ASSINATURA DO EMPREGADO)

Data da saída, *30* de *Junho* de 19 *43*

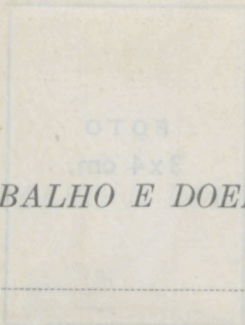
(ASSINATURA DO EMPREGADO)

POLEGAR DIREITO



Sau

ACIDENTES NO TRABALHO E DOENÇAS PROFISSIONAIS



N.º da Ordem

FOTO
3x4 cm

NOME

PAI

PROFISSÃO

DATA

LUGAR DO ACIDENTE

LUGAR

PROFISSÃO

FÉRIAS GOZADAS

Quando regressou

PROFISSÃO

LUGAR DO ACIDENTE

OBSERVAÇÕES

Local do acidente

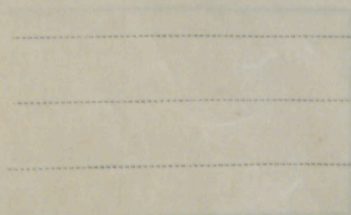
Participantes

Forma do acidente

Lesões

Estado normal de trabalho, das

para referido acidente.





Número de Ordem _____

NOME *Guido Antonio Bertile*

Filiação { Pai *Antonio Bertile*
Mãe *Joana Marques*

Nascimento { Data *16 de Maio de 1924*
Lugar *Botucatu - SP*

Nacionalidade *Brasileiro*

Quando estrangeiro { É casado com brasileira? _____
Tem filhos brasileiros? _____
Data em que chegou ao Brasil _____
Carteira de identidade modelo n.º 19, n.º _____

Residência _____

Nome dos beneficiários *Sócio*

Número do Registro Profissional _____ Carteira Profissional *496679* série *34a*

Carteira Sindical n.º _____ Carteira de Reservista n.º _____

Carteira do Instituto ou Caixa de Aposentadoria e Pensões, n.º _____

Categoria _____ Função *Vigilante*

Vencimentos \$ _____ (_____ por extenso)

Forma de pagamento _____ Comissões _____

Utilidades \$ _____ Gorjetas ou gratificações \$ _____

Horário normal de trabalho, das _____ às _____ horas, com o intervalo de _____ para refeição e descanso.

Data de admissão, *10* de *Junho* de *1943*

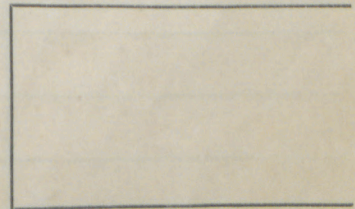
Laupria, *15* de *Junho* de *1943*

* *Guido Bertile*
(ASSINATURA DO EMPREGADO)

Data da saída, *29* de *Setembro* de *1944*

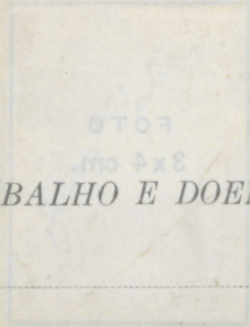
(ASSINATURA DO EMPREGADO)

POLEGAR DIREITO



Sau

Número de Ordem



ACIDENTES NO TRABALHO E DOENÇAS PROFISSIONAIS

Nome: *Francisco de Assis*
 Pr: *10*
 Mãe: *Francisca de Assis*
 Data: *10 de Maio de 1911*
 Nascimento: *Botucatu - SP*
 Nacionalidade: *Brasileira*

FÉRIAS GOZADAS

Quantidade solicitada: _____
 Quantidade gozadas: _____
 Resíduo: _____
 Nome dos empregados: _____
 Número do Registro Profissional: _____
 Categoria Profissional: _____

OBSERVAÇÕES

Categoria: *10*
 / Anos de serviço: *10*
 Forma de pagamento: _____
 Faltas: _____
 Histórico anterior de férias: _____
 para registro e controle: _____
 Observações: _____
 Assinatura do empregado: _____
 Assinatura do empregador: _____
 Data da emissão: _____



Número de Ordem.....

NOME.....

José Grandi

Filiação {

Pai *Antonio Grandi*
Mãe *Antonia Boldarin*

Nascimento {

Data *6 de Agosto 1888*
Lugar *St. deia*

Nacionalidade.....

Italiano

Quando estrangeiro {

É casado com brasileira?.....
Tem filhos brasileiros?.....
Data em que chegou ao Brasil.....
Carteira de identidade modelo n.º 19, n.º.....

Residência.....

Nome dos beneficiários.....

Número do Registro Profissional.....

Carteira Profissional *341815* série *309*

Carteira Sindical n.º.....

Carteira de Reservista n.º.....

Carteira do Instituto ou Caixa de Aposentadoria e Pensões, n.º.....

Categoria.....

Função.....

Vencimentos *Cr \$ 260,00* (*Duzentos e sessenta cruzeiros por extenso*)

Forma de pagamento.....

Comissões.....

Utilidades..... \$.....

Gorjetas ou gratificações..... \$.....

Horário normal de trabalho, das..... às..... horas, com o intervalo de.....

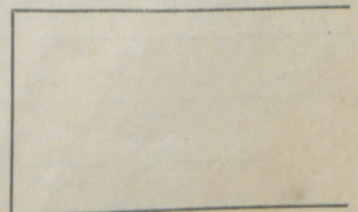
para refeição e descanso.

Data de admissão, *1* de *Agosto* de *1943*

Camps, *1* de *Agosto* de *1943*

José Grandi
(ASSINATURA DO EMPREGADO)

POLEGAR DIREITO



Data da saída, *18* de *Julho* de *1944*

(ASSINATURA DO EMPREGADO)

Sain



Número de Ordem _____

NOME

Carlos Antônio Franco

Filiação

Pai

Filipe José Franco

Mãe

Julia Mota Franco

Nascimento

Data

14 de Outubro 1923

Lugar

Caapua

Nacionalidade

Brasileira

Quando estrangeiro

É casado com brasileira?

Tem filhos brasileiros?

Data em que chegou ao Brasil

Carteira de identidade modelo n.º 19, n.º

Residência

R. Mainas Saesado. - 306, Itaipava

Nome dos beneficiários

Solteiros

Número do Registro Profissional

Carteira Profissional

série

Carteira Sindical n.º

Carteira de Reservista n.º

Carteira do Instituto ou Caixa de Aposentadoria e Pensões, n.º

Categoria

Função Vigilante

Vencimentos \$

(

por extenso)

Forma de pagamento

Comissões

Utilidades \$

\$

Gorjetas ou gratificações

\$

Horário normal de trabalho, das

às

horas, com o intervalo de

para refeição e descanso.

Data de admissão, / de

Mais de 19 43

de

de 19

Carlos Antônio Franco

(ASSINATURA DO EMPREGADO)

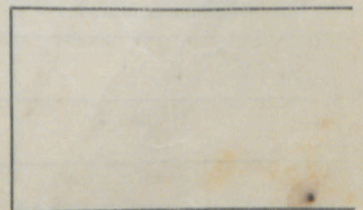
Data da saída, / de

31 de dezembro de 19 48

Carlos Antônio Franco

(ASSINATURA DO EMPREGADO)

POLEGAR DIREITO



ACIDENTES NO TRABALHO E DOENÇAS PROFISSIONAIS

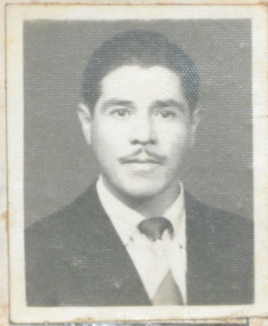
FÉRIAS GOZADAS

OBSERVAÇÕES

Declaro que me retirei do Colégio "Ateneu Paulista", de minha livre e espontânea vontade, dando plena quitação dos meus direitos, que porventura meham de acordo com as leis trabalhistas em vigor.

Campinas, 31 de dezembro de 1948.

Carlos Antônio Franck



Número de Ordem _____

743/FaB/15

NOME Sebastião Cardoso Bueno

Filiação { Pai Antônio Cardoso Bueno
Mãe Brasília Maria de Jesus

Nascimento { Data 17 de Fevereiro 1916
Lugar Itaituba

Nacionalidade Brasileira

Quando estrangeiro { É casado com brasileira? _____
Tem filhos brasileiros? _____
Data em que chegou ao Brasil _____
Carteira de identidade modelo n.º 19, n.º _____

Residência D. Crisina 1791

Nome dos beneficiários Lotteiro

Número do Registro Profissional _____ Carteira Profissional 629882 série 42ª

Carteira Sindical n.º _____ Carteira de Reservista n.º _____

Carteira do Instituto ou Caixa de Aposentadoria e Pensões, n.º _____

Categoria _____ Função Emprego de Cozinha

Vencimentos 370 \$ 00 (_____ por extenso)

Forma de pagamento mensal de acordo c.º Salário mínimo. Comissões

Utilidades \$ _____ Gorjetas ou gratificações \$ _____

Horário normal de trabalho, das _____ às _____ horas, com o intervalo de _____ para refeição e descanso.

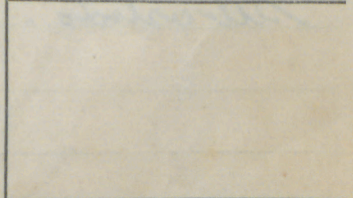
Data de admissão, 1 de Julho de 1943
, _____ de _____ de 19 _____

Sebastião Cardoso Bueno
(ASSINATURA DO EMPREGADO)

Data da saída, 28 de Fevereiro de 1951

Sebastião Cardoso
(ASSINATURA DO EMPREGADO)

POLEGAR DIREITO



ACIDENTES NO TRABALHO E DOENÇAS PROFISSIONAIS

Nome: Roberto Carlos Gomes
 Filiação: Roberto Carlos Gomes
 Data de Nascimento: 17 de Novembro de 1911
 Local de Nascimento: São Paulo

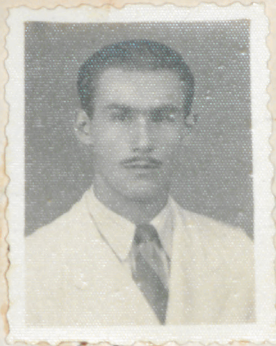
FÉRIAS GOZADAS

Quando estragadas: 28 dias
 Quando não estragadas: 28 dias
 Total de dias gozados: 28 dias

OBSERVAÇÕES

Declaro que me retirei do Colégio Ateneu Paulista, Lda., de minha livre e espontânea vontade, dando plena quitação dos meus direitos, que porventura venha a ter de acordo com as leis trabalhistas em vigor, e declaro mais que gozei de acordo com a Lei de Férias desde a data de minha admissão que foi em 1º Junho de 1943, do que assino a presente declaração paga e satisfeito de todos os meus haveres até a presente data.

Campinas 28 de Fevereiro de 1951
 Subscrito - Bardezo



Número de Ordem.....

NOME *Fioravante Porin*

Filiação { Pai *Antônio Porin*
Mãe *Regina Porin*

Nascimento { Data *18 de Setembro 1922* *Digo 19 de Setembro de 1922*
Lugar *Campina*

Nacionalidade *Brasileira*

Quando estrangeiro { É casado com brasileira?.....
Tem filhos brasileiros?.....
Data em que chegou ao Brasil.....
Carteira de identidade modelo n.º 19, n.º.....

Residência *D. Quirin 1791*

Nome dos beneficiários *Netos*

Número do Registro Profissional..... Carteira Profissional *446187* série *34ª*

Carteira Sindical n.º..... Carteira de Reservista n.º.....

Carteira do Instituto ou Caixa de Aposentadoria e Pensões, n.º.....

Categoria..... Função.....

Vencimentos \$..... (..... por extenso)

Forma de pagamento..... Comissões.....

Utilidades \$..... Gorjetas ou gratificações \$.....

Horário normal de trabalho, das..... às..... horas, com o intervalo de..... para refeição e descanso.

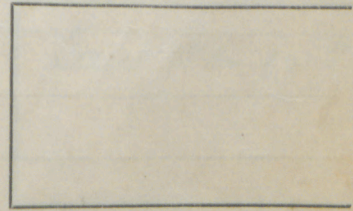
Data de admissão, *1* de *Julho* de 19*43*
..... de..... de 19.....

Fioravante Porin
(ASSINATURA DO EMPREGADO)

Data da saída, *29* de *outubro* de 19*46*

Fioravante Porin
(ASSINATURA DO EMPREGADO)

POLEGAR DIREITO





Número de Ordem.....

NOME

Aguiar Gonçalves da Silva.

Filiação

Pai José Hilário da Silva.

Mãe Colúcia Gonçalves da Silva

Nascimento

Data 6 de Junho 1925

Lugar Stuyutaba.

Nacionalidade

Brasileira.

Quando estrangeiro

É casado com brasileira?

Tem filhos brasileiros?

Data em que chegou ao Brasil

Carteira de identidade modelo n.º 19, n.º

Residência

D. Lúcio 1791

Nome dos beneficiários

Solteiros

Número do Registro Profissional

Carteira Profissional

série

Carteira Sindical n.º

Carteira de Reservista n.º

Carteira do Instituto ou Caixa de Aposentadoria e Pensões, n.º

Categoria

Função Vigilante

Vencimentos \$

(por extenso)

Forma de pagamento

Comissões

Utilidades \$

Gorjetas ou gratificações \$

Horário normal de trabalho, das

às

horas, com o intervalo de

para refeição e descanso.

Data de admissão,

8 de Julho de 1943

, de de 19

x Aguiar Gonçalves da Silva
(ASSINATURA DO EMPREGADO)

Data da saída, 21 de Outubro de 1943.

(ASSINATURA DO EMPREGADO)

POLEGAR DIREITO

Saiu 21-10-43

Saiu

Número de Ordem



ACIDENTES NO TRABALHO E DOENÇAS PROFISSIONAIS

Nome: *João Pereira de Almeida*
 Filiação: *Maria Pereira de Almeida*
 Nascimento: *10 de Junho de 1917*
 Nacionalidade: *Portuguesa*

FÉRIAS GOZADAS

Quando estranhas: _____
 Quando anuais: _____
 Data em que foram gozadas: _____
 Categoria de trabalho: _____
 Número de horas de trabalho: _____
 Categoria Profissional: _____
 Número de horas de trabalho: _____

OBSERVAÇÕES

Categoria: _____
 Função: _____
 Observações: _____
 Data de início do trabalho: _____
 Data de saída do trabalho: _____
 Hora de início do trabalho: _____
 Hora de término do trabalho: _____
 Horas de trabalho: _____
 Horas de descanso: _____
 Horas de refeição: _____
 Horas de intervalo: _____
 Horas de pagamento: _____
 Formas de pagamento: _____
 Contratos: _____
 Dólar ou gratificação: _____
 Categorias ou profissões: _____
 Outras observações: _____



Número de Ordem _____

NOME Marcos João Giralde

Filiação { Pai Vicente Giralde
Mãe Micheline Jamicinski Arischoski

Nascimento { Data 18 de Agosto 1888.
Lugar Campina

Nacionalidade Brasileira

Quando estrangeiro { É casado com brasileira? _____
Tem filhos brasileiros? _____
Data em que chegou ao Brasil _____
Carteira de identidade modelo n.º 19, n.º _____

Residência R. D. Suiavo 190

Nome dos beneficiários Carato

Número do Registro Profissional _____ Carteira Profissional 426.746 série 349

Carteira Sindical n.º _____ Carteira de Reservista n.º _____

Carteira do Instituto ou Caixa de Aposentadoria e Pensões, n.º _____

Categoria _____ Função Vigilante

Vencimentos 260,00 (Quarenta e seis mil e quarenta Cruzados por extenso)

Forma de pagamento _____ Comissões _____

Utilidades \$ _____ Gorjetas ou gratificações \$ _____

Horário normal de trabalho, das _____ às _____ horas, com o intervalo de _____ para refeição e descanso.

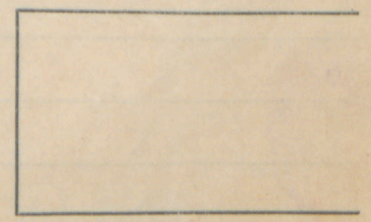
Data de admissão, 1 de Agosto de 1943
de _____ de 19 _____

Marcos João Giralde
(ASSINATURA DO EMPREGADO)

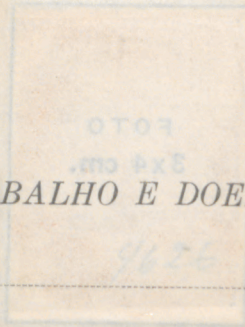
Data da saída, 31 de Janeiro de 1951
Falecido
(ASSINATURA DO EMPREGADO)

*Recebido Lucilio
1943*

POLEGAR DIREITO



Número de Ordem



ACIDENTES NO TRABALHO E DOENÇAS PROFISSIONAIS

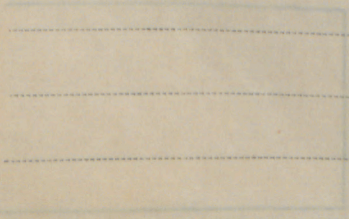
Nome: *Margarida José Mendes*
 Pat: *Margarida José Mendes*
 Mãe: *Margarida José Mendes*
 Data: *18 de Maio 1911*
 Lugar: *Campina*
 Nacionalidade: *Portuguesa*

FÉRIAS GOZADAS

Quando estrangeiro: *Portuguesa*
 Data em que começou as férias: *18 de Maio 1911*
 Data em que terminou as férias: *18 de Maio 1911*
 Nome dos beneficiários: *Margarida José Mendes*
 Número de dias gozados: *18*
 Número de dias não gozados: *0*
 Causa da interrupção: *0*

OBSERVAÇÕES

Categoria: *Operário*
 Vencimentos: *200,00*
 Forma de pagamento: *em dinheiro*
 Etilidade: *Normal*
 História normal de trabalho: *Normal*
 Data de admissão: *18 de Maio 1911*



(ASSINATURA DO EMPREGADO)

(ASSINATURA DO EMPREGADO)



Número de Ordem _____

NOME _____

Americo Blache

Filiação {

Pai

João Blache

Mãe

Angela Blache

Nascimento {

Data

10 de Setembro 1911

Lugar

Duque de Caxias

Nacionalidade _____

Brasileira

Quando estrangeiro {

É casado com brasileira? _____

Tem filhos brasileiros? _____

Data em que chegou ao Brasil _____

Carteira de identidade modelo n.º 19, n.º _____

Residência _____

D. Umil 1791

Nome dos beneficiários _____

Solteiro

Número do Registro Profissional _____

Carteira Profissional *589392* série *382*

Carteira Sindical n.º _____

Carteira de Reservista n.º _____

Carteira do Instituto ou Caixa de Aposentadoria e Pensões, n.º _____

Categoria _____

Função *Copeiro*

Vencimentos \$ _____

(

por extenso)

Forma de pagamento _____

Comissões _____

Utilidades \$ _____

\$

Gorjetas ou gratificações

\$ _____

Horário normal de trabalho, das _____ às _____ horas, com o intervalo de _____ para refeição e descanso.

Data de admissão, 1 de _____ de 19 _____

Sept 5 de 19 *13*

de _____ de 19 _____

Americo Blache

(ASSINATURA DO EMPREGADO)

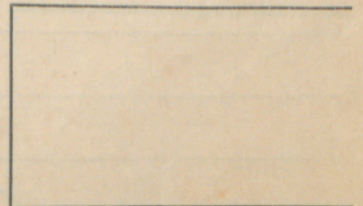
Data da saída, 9 de _____ de 19 _____

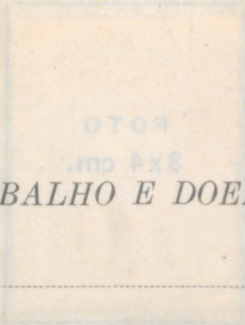
Novembro de 19 *43*

Americo Blache

(ASSINATURA DO EMPREGADO)

POLEGAR DIREITO





ACIDENTES NO TRABALHO E DOENÇAS PROFISSIONAIS

Nome: *João Mendes*
 Filiação: *Mrs. Maria Mendes*
 Nascimento: *10 de Setembro de 1911*
 Endereço: *Av. ...*

FÉRIAS GOZADAS

Quando começou: *...*
 Quando terminou: *...*
 Total de dias gozados: *...*

OBSERVAÇÕES

Descrição do acidente ou doença: *...*
 Local onde ocorreu: *...*
 Data do acidente: *...*
 Outras observações: *...*



Número de Ordem _____

NOME Pedro Barbosa

Filiação { Pai Benedicto Barbosa
Mãe Solima Barbosa

Nascimento { Data 27 de setembro de 1937
Lugar Campinas

Nacionalidade Brasileira

Quando estrangeiro { É casado com brasileira? _____
Tem filhos brasileiros? _____
Data em que chegou ao Brasil _____
Carteira de identidade modelo n.º 19, n.º _____

Residência _____

Nome dos beneficiários _____

Número do Registro Profissional _____ Carteira Profissional _____ série _____

Carteira Sindical n.º _____ Carteira de Reservista n.º _____

Carteira do Instituto ou Caixa de Aposentadoria e Pensões, n.º _____

Categoria _____ Função Emp

Vencimentos \$ _____ (_____ por extenso)

Forma de pagamento _____ Comissões _____

Utilidades \$ _____ Gorjetas ou gratificações \$ _____

Horário normal de trabalho, das _____ às _____ horas, com o intervalo de _____ para refeição e descanso.

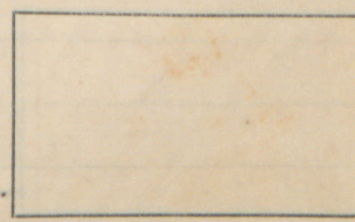
Data de admissão, 19 de Jun de 1943
_____, de _____ de 19____

Pedro Barbosa
(ASSINATURA DO EMPREGADO)

Data da saída, 21 de Junho de 1944

Pedro Barbosa
(ASSINATURA DO EMPREGADO)

POLEGAR DIREITO



Centro de Gráfic

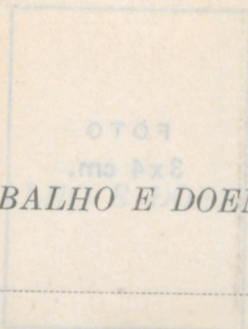


FOTO
3x4 cm.

ACIDENTES NO TRABALHO E DOENÇAS PROFISSIONAIS

Nome: *Paulo Roberto*
 Filiação: *Paulo Roberto*
 Data: *15/05/1977*
 Local: *Curitiba*
 Nacionalidade: *Brasileira*

FÉRIAS GOZADAS

Quando solicitado: _____
 Data em que chegou ao Brasil: _____
 Categoria de inscrição: _____
 Nome dos empregadores: _____
 Nome do profissional: _____
 Número de inscrição profissional: _____
 Número de registro: _____

OBSERVAÇÕES

Descrição do acidente ou doença: _____
 Local onde ocorreu: _____
 Data do acidente/doença: _____
 Nome do profissional: _____
 Nome do empregador: _____
 Assinatura: _____
 Data: _____



Número de Ordem

NOME *Roberto Barros Araujo*

Filiação { Pai *José Barros Araujo*
Mãe *Olga Baiardi Araujo*

Nascimento { Data *1 de Julho de 1923*
Lugar *Coucal*

Nacionalidade *Brasileira*

Quando estrangeiro { É casado com brasileira?
Tem filhos brasileiros?
Data em que chegou ao Brasil
Carteira de identidade modelo n.º 19, n.º

Residência *D. Lúcio 1791*

Nome dos beneficiários *Lotus*

Número do Registro Profissional Carteira Profissional série

Carteira Sindical n.º Carteira de Reservista n.º

Carteira do Instituto ou Caixa de Aposentadoria e Pensões, n.º

Categoria Função *Polizista*

Vencimentos \$ (por extenso)

Forma de pagamento Comissões

Utilidades \$ Gorjetas ou gratificações \$

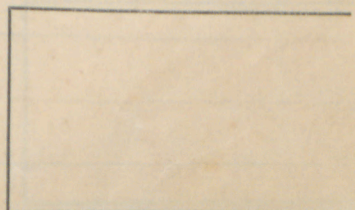
Horário normal de trabalho, das às horas, com o intervalo de para refeição e descanso.

Data de admissão, *7* de *Junho* de 19*43*
de de 19

Roberto Barros Araujo
(ASSINATURA DO EMPREGADO)

Data da saída, *15* de *Janeiro* de 19*44*
(ASSINATURA DO EMPREGADO)

POLEGAR DIREITO



Sau

N.º de Ordem

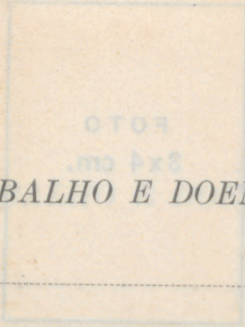


FOTO
2x4 cm.

ACIDENTES NO TRABALHO E DOENÇAS PROFISSIONAIS

NOME

Roberto José de Almeida

Profissão

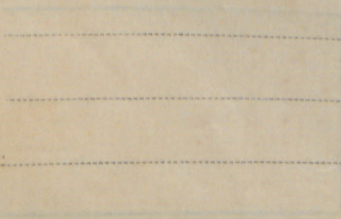
Operário

Assinatura

15 de Junho de 1953

FÉRIAS GOZADAS

OBSERVAÇÕES



Roberto José de Almeida



Número de Ordem _____

NOME

Orlando Pires

Filiação

Pai

Albino Pires

Mãe

Maria Pires Digo Maria dos Anjos Pires

Nascimento

Data

9 de Setembro 1926

Lugar

Campinas

Nacionalidade

Brasileira

Quando estrangeiro

É casado com brasileira? _____

Tem filhos brasileiros? _____

Data em que chegou ao Brasil _____

Carteira de identidade modelo n.º 19, n.º _____

Residência

D. Luis 1791

Nome dos beneficiários

Soltão

Número do Registro Profissional _____

Carteira Profissional _____

série _____

Carteira Sindical n.º _____

Carteira de Reservista n.º _____

Carteira do Instituto ou Caixa de Aposentadoria e Pensões, n.º _____

Categoria _____

Função _____

Vencimentos \$ _____

(

por extenso)

Forma de pagamento _____

Comissões _____

Utilidades \$ _____

,

Gorjetas ou gratificações

\$ _____

Horário normal de trabalho, das _____ às _____ horas, com o intervalo de _____

às _____

horas, com o intervalo de _____

para refeição e descanso.

Data de admissão, _____ de _____ de 19 _____

1 de Julho

de 19 _____

23

, _____ de _____ de 19 _____

de 19 _____

POLEGAR DIREITO

x Orlando Pires
(ASSINATURA DO EMPREGADO)

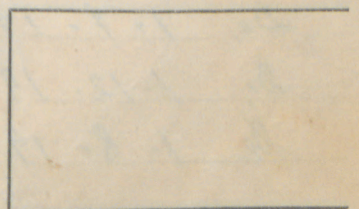
Data da saída, _____ de _____ de 19 _____

17 de Novembro

de 19 _____

45

Orlando Pires
(ASSINATURA DO EMPREGADO)



ACIDENTES NO TRABALHO E DOENÇAS PROFISSIONAIS

FÉRIAS GOZADAS

OBSERVAÇÕES

Pedido de Lembrança

feito a parte em 17 Novembro de 1945.

Oslando Pires

Ordenados Percebidos:

De, 1-7-1943 à 30-11-1943 R\$ 260,00 =

De, 1-12-1943 à 31-7-1945 R\$ 320,00 =

De, 1-8-1945 à 31-10-1945 R\$ 375,00 =



Número de Ordem.....

NOME

José Ferraz

Filiação

Pai

Francisco Ferraz

Mãe

Lucrecia Braucalone

Nascimento

Data

26 de Agosto de 1926

Lugar

Campinas

Nacionalidade

Brasileira

Quando estrangeiro

É casado com brasileira?

Tem filhos brasileiros?

Data em que chegou ao Brasil

Carteira de identidade modelo n.º 19, n.º

Residência

R. D. Betim 175

Atenas

Nome dos beneficiários

Sócio

Número do Registro Profissional

Carteira Profissional *68913* série *76^a*

Carteira Sindical n.º

Carteira de Reservista n.º *581368*

Carteira do Instituto ou Caixa de Aposentadoria e Pensões, n.º

Categoria

Função

copista

Vencimentos

\$

(

por extenso)

Forma de pagamento

Comissões

Utilidades

\$

Gorjetas ou gratificações

\$

Horário normal de trabalho, das

às

horas, com o intervalo de

para refeição e descanso.

Data de admissão, / de

Julho de 19*43*

, de

de 19

José Ferraz

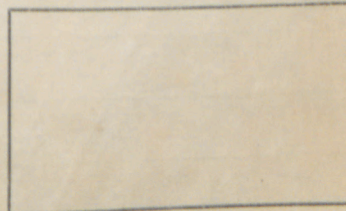
(ASSINATURA DO EMPREGADO)

Data da saída, / de

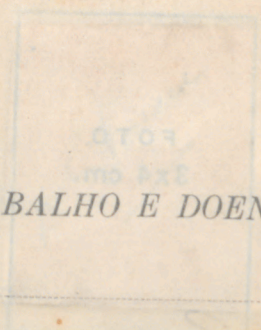
Jan de 19*49*

(ASSINATURA DO EMPREGADO)

POLEGAR DIREITO



ACIDENTES NO TRABALHO E DOENÇAS PROFISSIONAIS



NOME

Prof.

Rua

Nº

Data

Assinatura

Local

Assinatura

FÉRIAS GOZADAS

Assinatura

OBSERVAÇÕES

Declaro que nesta data me retirei do Colégio
 Ateneu Paulista Ltda., por motivo de ser convocado
 para o Serviço Militar.
 Campinas, 25 de Março de 1948.
 José Teves



Número de Ordem.....

NOME *Maria de Lourdes Rodrigues*

Filiação { Pai *Jesús Rodrigues*
Mãe *Maria Augusta Rodrigues*

Nascimento { Data *15 de Fevereiro de 1924*
Lugar *Descalvado*

Nacionalidade *Brasileira*

Quando estrangeiro { É casado com brasileira?
Tem filhos brasileiros?
Data em que chegou ao Brasil
Carteira de identidade modelo n.º 19, n.º

Residência *Rua Sales de Oliveira nº 443*

Nome dos beneficiários.....

Número do Registro Profissional *D.5.978* Carteira Profissional *673289* série *427*

Carteira Sindical n.º Carteira de Reservista n.º

Carteira do Instituto ou Caixa de Aposentadoria e Pensões, n.º *Descontada*

Categoria Função *Dietaista*

Vencimentos \$ (..... por extenso)

Forma de pagamento Comissões

Utilidades \$ Gorjetas ou gratificações \$

Horário normal de trabalho, das às horas, com o intervalo de

para refeição e descanso.

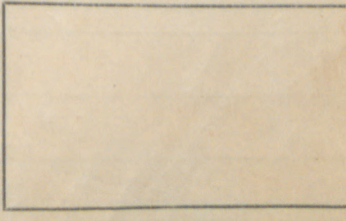
Data de admissão, *14* de *Junho* de 19*43*

, de de 19.....

Maria de Lourdes Rodrigues
(ASSINATURA DO EMPREGADO)

Data da saída, *12* de *Setembro* de 19*51*
Maria de Lourdes Rodrigues
(ASSINATURA DO EMPREGADO)

POLEGAR DIREITO



ACIDENTES NO TRABALHO E DOENÇAS PROFISSIONAIS

FÉRIAS GOZADAS

gozou as férias referente a 14-7-943 a 14-7-944
 " " " " " 14-7-944 " 14-7-945
 " " " " " 14-7-945 " 14-7-946
 " " " " " 14-7-946 " 14-7-947
 " " " " " 14-7-947 " 14-7-948
 " " " " " 14-7-948 " 14-7-949
 " " " " " 14-7-949 " 14-7-950

OBSERVAÇÕES

Pagou Imp. Sindical Sindicato Comerciantes

Em 29-4-947 - CR\$ 32.00

" 15-4-948 - CR\$ 60.00

" 29-4-949 - CR\$ 66.00

" 29-4-950 - CR\$ 88.00

" 27-4-951 - CR\$ 72.20



Número de Ordem _____

NOME *Tereza Braz Granger*

Filiação { Pai *Vitório Balvete*
Mãe *Clvira Balvete*

Nascimento { Data *16 de Julho de 1910*
Lugar *São Paulo*

Nacionalidade *Brasileira*

Quando estrangeiro { É casado com brasileira? *Sim*
Tem filhos brasileiros? *Sim*
Data em que chegou ao Brasil _____
Carteira de identidade modelo n.º 19, n.º _____

Residência *Rua Barata Libero nº 112*

Nome dos beneficiários *Casada: Walter - Neyde - Cleto - Milton Syrlei*

Número do Registro Profissional _____ Carteira Profissional _____ série _____

Carteira Sindical n.º _____ Carteira de Reservista n.º _____

Carteira do Instituto ou Caixa de Aposentadoria e Pensões, n.º _____

Categoria _____ Função _____

Vencimentos \$ _____ (_____ por extenso)

Forma de pagamento _____ Comissões _____

Utilidades \$ _____ Gorjetas ou gratificações \$ _____

Horário normal de trabalho, das _____ às _____ horas, com o intervalo de _____ para refeição e descanso.

Data de admissão, *27 de Maio* de 19*43*
_____, de _____ de 19 _____

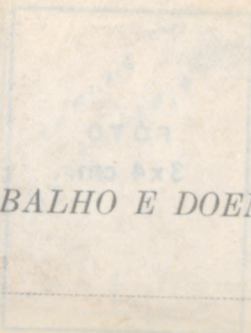
Tereza Braz Granger
(ASSINATURA DO EMPREGADO)

Data da saída, *7 de Novembro* de 19*44*.

Tereza Braz Granger
(ASSINATURA DO EMPREGADO)

POLEGAR DIREITO

Número de Ordem



ACIDENTES NO TRABALHO E DOENÇAS PROFISSIONAIS

NOME

Profissão

Documentação

FÉRIAS GOZADAS

OBSERVAÇÕES

[Faint handwritten text and bleed-through from the reverse side of the page are visible throughout the form fields.]



Número de Ordem.....

FOTO
3x4 cm.

NOME *Ernesto Thomaz de Barros*

Filiação { Pai *João Thomaz*
Mãe *D.ª Eugênia Thomaz de Barros*

Nascimento { Data *22 de Junho 1891*
Lugar *S. Paulo*

Nacionalidade *Brasileira*

Quando estrangeiro { É casado com brasileira?.....
Tem filhos brasileiros?.....
Data em que chegou ao Brasil.....
Carteira de identidade modelo n.º 19, n.º.....

Residência *Rua S. Manoel 1016*

Nome dos beneficiários.....

Número do Registro Profissional..... Carteira Profissional..... série.....

Carteira Sindical n.º..... Carteira de Reservista n.º.....

Carteira do Instituto ou Caixa de Aposentadoria e Pensões, n.º.....

Categoria..... Função.....

Vencimentos \$..... (..... por extenso)

Forma de pagamento..... Comissões.....

Utilidades \$..... Gorjetas ou gratificações..... \$.....

Horário normal de trabalho, das..... às..... horas, com o intervalo de..... para refeição e descanso.

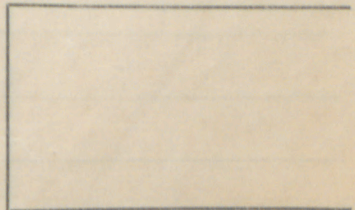
Data de admissão, 1 de *Julho* de 19*49*
de..... de 19.....

Ernesto Thomaz de Barros
(ASSINATURA DO EMPREGADO)

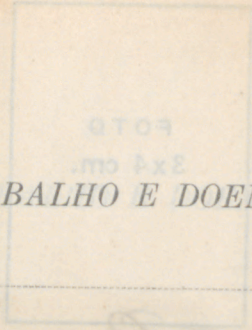
Data da saída, 15 de *março* de 19*45*

Ernesto Thomaz de Barros
(ASSINATURA DO EMPREGADO)

POLEGAR DIREITO



Numero de Ordem



ACIDENTES NO TRABALHO E DOENÇAS PROFISSIONAIS

NOME

Francisco de Assis...

Profissão

Operário de...

Vestimento

...

Nacionalidade

...

FÉRIAS GOZADAS

Quando estranheira

...

Residência

...

Nome dos beneficiários

...

Nome do estabelecimento

Endereço do estabelecimento

OBSERVAÇÕES

Categoria

...

Vencimentos

...

Forma de pagamento

...

Exatidão

...

Horário normal de trabalho das

...

para registro e declaração

...

Data de emissão

...

...

...

...



FOTO
3x4 cm.

Número de Ordem.....

NOME Curt Galasche

Filiação { Pai Genualdo Galasche
Mãe Ja. Maria Galasche.

Nascimento { Data 29 de Setembro 1925
Lugar Aracatuba

Nacionalidade Brasileira

Quando estrangeiro { É casado com brasileira?
Tem filhos brasileiros?
Data em que chegou ao Brasil
Carteira de identidade modelo n.º 19, n.º

Residência R. D. Durini 1791

Nome dos beneficiários Soltan

Número do Registro Profissional Carteira Profissional 659304 série 42ª

Carteira Sindical n.º Carteira de Reservista n.º

Carteira do Instituto ou Caixa de Aposentadoria e Pensões, n.º

Categoria Função

Vencimentos \$ (..... por extenso)

Forma de pagamento Comissões

Utilidades \$ Gorjetas ou gratificações \$

Horário normal de trabalho, das às horas, com o intervalo de para refeição e descanso.

Data de admissão, 1 de Dezembro de 1943

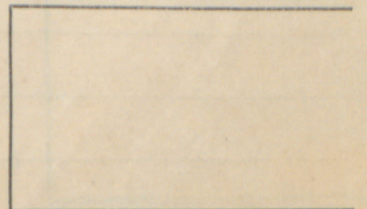
Cláudio, 21 de Setembro de 1943

Curt Galasch
(ASSINATURA DO EMPREGADO)

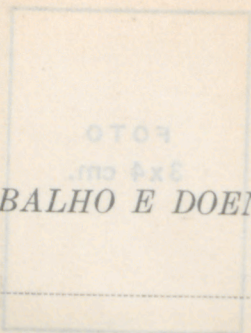
Data da saída, 21 de Fevereiro de 1944

Curt Galasch
(ASSINATURA DO EMPREGADO)

POLEGAR DIREITO



Número da Ordem



ACIDENTES NO TRABALHO E DOENÇAS PROFISSIONAIS

NOME

Ant. Passalunghi

Filiação

Ant. Passalunghi

Nascimento

29 de Setembro 1927

Nacionalidade

Italiana

FÉRIAS GOZADAS

Quantidade solicitada

Data em que chegou ao Brasil

Residência

R. S. ... 1971

Tempo em serviço

...

Número de registro Profissional

...

Local de trabalho

...

OBSERVAÇÕES

Localidade

...

Função

...

Forma de pagamento

...

Estabilidade

...

Histórico normal de trabalho, das

...

para efeito de ...

Tempo em serviço

...

Função

...

Forma de pagamento

...

Estabilidade

...

Histórico normal de trabalho, das

...

para efeito de ...



Número de Ordem _____

FOTO
3x4 cm.

NOME *Jose Cardoso*

Filiação { Pai *Antônio Cardoso*
Mãe *Ja. Brilhante Cardoso*

Nascimento { Data *22 de Março de 1922*
Lugar *Ilhéus*

Nacionalidade *Brasileiro*

Quando estrangeiro { É casado com brasileira?
Tem filhos brasileiros?
Data em que chegou ao Brasil
Carteira de identidade modelo n.º 19, n.º

Residência *P. Lima 1791*

Nome dos beneficiários *Neto*

Número do Registro Profissional _____ Carteira Profissional _____ série _____

Carteira Sindical n.º _____ Carteira de Reservista n.º _____

Carteira do Instituto ou Caixa de Aposentadoria e Pensões, n.º _____

Categoria _____ Função _____

Vencimentos \$ _____ (_____ por extenso)

Forma de pagamento _____ Comissões _____

Utilidades \$ _____ Gorjetas ou gratificações \$ _____

Horário normal de trabalho, das _____ às _____ horas, com o intervalo de _____ para refeição e descanso.

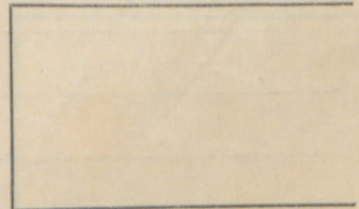
Data de admissão, *17* de *Agosto* de 19*42*

de _____ de 19 _____
a Rego de Jose Cardoso
Henrique Assunção de Moura
(ASSINATURA DO EMPREGADO)

Data da saída, *6* de *maio* de 19*44*

(ASSINATURA DO EMPREGADO)

POLEGAR DIREITO



Sau

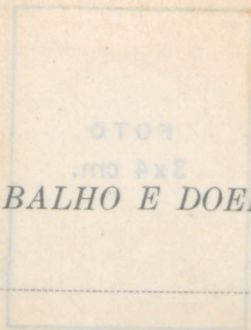


FOTO
3x4 cm.

ACIDENTES NO TRABALHO E DOENÇAS PROFISSIONAIS

Nome: *João Pereira*

Profissão: *Operário*

Data: *22 de Maio de 1971*

Local: *Alameda*

Vicinas: *Alameda*

FÉRIAS GOZADAS

Quando estranho: *1971*

Nome dos beneficiários: *João Pereira*

Nome do Inspeção Profissional: *João Pereira*

Inspeção Profissional n.º: *1971*

OBSERVAÇÕES

Local: *Alameda*

Forma de pagamento: *Contado*

Quantia em gratificação: *1000*

Horário normal de trabalho: *8h*

Data de início: *10 de Maio de 1971*

Data de término: *17 de Maio de 1971*

Assinatura do Empregador: *João Pereira*

Assinatura do Trabalhador: *João Pereira*



Número de Ordem _____

NOME Eleuterio Boco

Filiação { Pai João Evangelista Boco
Mãe M. Josefina Bordin Boco

Nascimento { Data 1 de Março de 1906
Lugar Redeua

Nacionalidade Brasiliana

Quando estrangeiro { É casado com brasileira? _____
Tem filhos brasileiros? _____
Data em que chegou ao Brasil _____
Carteira de identidade modelo n.º 19, n.º _____

Residência _____

Nome dos beneficiários Doctus

Número do Registro Profissional _____ Carteira Profissional 659370 série 42ª

Carteira Sindical n.º _____ Carteira de Reservista n.º _____

Carteira do Instituto ou Caixa de Aposentadoria e Pensões, n.º _____

Categoria _____ Função Servente

Vencimentos 320 \$ rs (_____ por extenso)

Forma de pagamento salário de acordo com o Salário Mínimo Comissões _____

Utilidades \$ _____ Gorjetas ou gratificações \$ _____

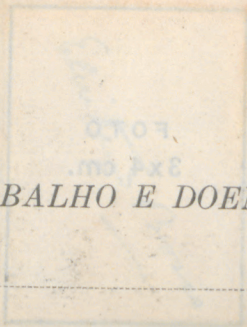
Horário normal de trabalho, das _____ às _____ horas, com o intervalo de _____ para refeição e descanso.

Data de admissão, 1 de Setembro de 1947

Eleuterio Boco de 19 _____
(ASSINATURA DO EMPREGADO)

Data da saída, 7 de Setembro de 1947
Eleuterio
(ASSINATURA DO EMPREGADO)

POLEGAR DIREITO
[Empty box for thumbprint]



ACIDENTES NO TRABALHO E DOENÇAS PROFISSIONAIS

NOME

Filição

Nascimento

Nacionalidade

FÉRIAS GOZADAS

Quando estratificado

Treatmento

Nome dos empregados

Número do Trabalho Profissional

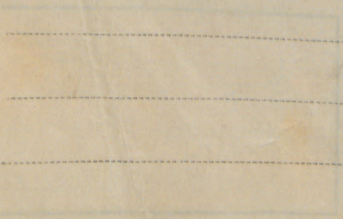
Categoria Profissional n.

OBSERVAÇÕES

Declaro que me petirei do Colegio Noveu Paulista, de
umha lixe e espontanea vontade, sendo plena gntacia dos
meus direitos que por ventura venha ter de acordo com as leis
trabalhistas em vigor

Campos, 7 de Setembro de 1947.

Esperturo





Número de Ordem.....

NOME *Sebastião Silva*

Filiação { Pai *José Manuel da Silva*
Mãe *de Valéria Barroza*

Nascimento { Data *24 de Janeiro 1926*
Lugar *Campinã*

Nacionalidade *Brasil*

Quando estrangeiro { *É casado com brasileira?*
Tem filhos brasileiros?
Data em que chegou ao Brasil
Carteira de identidade modelo n.º 19, n.º

Residência *Rua S. Cruz 486 - Ferr. Pentecost.*

Nome dos beneficiários *Secretaria*

Número do Registro Profissional..... Carteira Profissional *879/47* série *642*

Carteira Sindical n.º..... Carteira de Reservista n.º.....

Carteira do Instituto ou Caixa de Aposentadoria e Pensões, n.º.....

Categoria..... Função.....

Vencimentos \$..... (..... por extenso)

Forma de pagamento..... Comissões.....

Utilidades \$..... Gorjetas ou gratificações \$.....

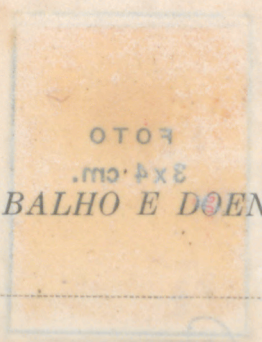
Horário normal de trabalho, das..... às..... horas, com o intervalo de.....
para refeição e descanso.

Data de admissão, *16* de *Setembro* de *1943*
..... de..... de 19.....

Sebastião Silva
(ASSINATURA DO EMPREGADO)

Data da saída, *24* de *Outubro* de *1958*
Sebastião Silva
(ASSINATURA DO EMPREGADO)

POLEGAR DIREITO



Número de Ordem

FOTO

3x4 cm.

ACIDENTES NO TRABALHO E DOENÇAS PROFISSIONAIS

NOME

Filiação

Assentamento

Nacionalidade

FÉRIAS GOZADAS

Ano de 1943 = de 12-12-43 a 28-12-43 =
 " " 1944 = " 10-12-44 a 27-12-44 =
 " " 1945 = " 05-12-45 a 31-12-45 =
 " " 1946 = " 16-12-46 a 8-1-47 =
 " " 1947 = " 13-12-47 a 30-12-47 =
 " " 1948 = " 7-1-49 a 29-1-49 =
 " " 1949 = " 16-12-49 a 17-1-50 =
 " " 1950 = " 12-1-50 a 7-2-51 =
 " " 1951 = " 20-12-51 a 21-1-52 =
 " " 1952 = " 19-1-53 a 19-2-53 =

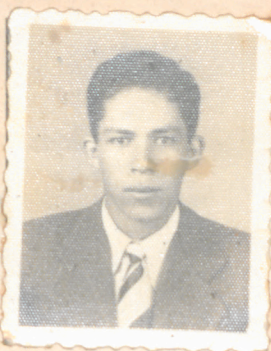
Ano de 1953 = de 21-12-53 a 10-1-54 =
 Ano de 1954 = de 10-1-54 a 29-1-55 =
 1955 de 30-12-55 a 8-1-56 =
 1956 de 23-1-57 a 25-1-57 =
 1957 - 2-1-58 a 11-2-58 =
 1958

OBSERVAÇÕES

Ordenações:

Temp Sindical

Ordenações:	Temp Sindical
A partir de Setembro de 1943 a 30 Novº 1943 = 260,00 =	Exercício de 1945 = 12,80
" " " 1º Dezembro " 1943 a 31 Julho 1945 = 320,00 =	" " 1946 = 18,00
" " " 1º Agosto " 1945 a 31 Dezº 1947 = 450,00 =	" " 1947 = 18,00
" " " 1º Janeiro " 1948 a 31 Março 1948 = 550,00 =	" " 1948 = 22,00
" " " 1º Abril " 1948 a 28 Fevº 1949 = 630,00 =	" " 1949 = 33,80
" " " 1º Março " 1949 a 31 Março 1951 = 845,00 =	" " 1950 = 33,80
" " " 1º Abril " 1951 a 28 Fevº 1952 = 1.128,00 =	" " 1951 = 38,20
" " " 1º Março " 1952 a 31 Março 1953 = 2.540,00 =	" " 1952 = 60,00
" " " 1º Abril " 1953 a 31 Dezº 1953 = 2.740,00 =	" " 1953 = 84,70
" " " 1º Janeiro " 1954 a 28 Fevº 1954 = 2.740,00 =	" " 1954 = 104,70
" " " 1º Março " 1954 a 31 Março 1955 = 3.140,00 =	" " 1955 = 104,70
Abril de 1955 a 28 Fevº 1956 = 3.144,00 =	" " 1956 = 125,10
Março 1956 a 31 Julho 1956 = 3.754,00 =	" " 1957 = 150,00
Agosto 1956 = 4.500,00 =	" " 1958 = 150,00



Número de Ordem.....

NOME *Donato Januario de Lima*

Filiação { Pai *M. Januario de Lima*
Mãe *M. Maria Dionisia Lima*

Nascimento { Data *7 de Abril de 1922*
Lugar *Conchos*

Nacionalidade *Brasileiro*

Quando estrangeiro { *É casado com brasileira?*
Tem filhos brasileiros?
Data em que chegou ao Brasil
Carteira de identidade modelo n.º 19, n.º

Residência *D. Quirino 1791*

Nome dos beneficiários *Socios*

Número do Registro Profissional..... Carteira Profissional *462.358 série 34ª*

Carteira Sindical n.º..... Carteira de Reservista n.º.....

Carteira do Instituto ou Caixa de Aposentadoria e Pensões, n.º.....

Categoria..... Função.....

Vencimentos \$..... (..... por extenso)

Forma de pagamento..... Comissões.....

Utilidades \$..... Gorjetas ou gratificações \$.....

Horário normal de trabalho, das..... às..... horas, com o intervalo de..... para refeição e descanso.

Data de admissão, *17* de *Setembro* de *1943*
..... de..... de 19.....

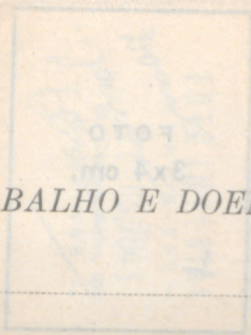
x Donato Januario de Lima
(ASSINATURA DO EMPREGADO)

Data da saída, *31* de *Dezembro* de *1943*.

Donato Januario de Lima
(ASSINATURA DO EMPREGADO)

POLEGAR DIREITO

Número de Ordem



ACIDENTES NO TRABALHO E DOENÇAS PROFISSIONAIS

NOME

Filiação

Profissão

Residência

FÉRIAS GOZADAS

OBSERVAÇÕES

Handwritten notes at the bottom of the page, including the name 'Pontes' and other illegible text.



Número de Ordem _____

FOTO
3x4 cm.

NOME Jose Marini

Filiação { Pai Antonio Marini
Mãe Da Rosa Mayão Marini

Nascimento { Data 27 de Junho de 1927
Lugar Valinhos

Nacionalidade Brasileira

Quando estrangeiro { É casado com brasileira? _____
Tem filhos brasileiros? _____
Data em que chegou ao Brasil _____
Carteira de identidade modelo n.º 19, n.º _____

Residência D. Lúcio 1791

Nome dos beneficiários Loctuis

Número do Registro Profissional _____ Carteira Profissional _____ série _____

Carteira Sindical n.º _____ Carteira de Reservista n.º _____

Carteira do Instituto ou Caixa de Aposentadoria e Pensões, n.º _____

Categoria _____ Função _____

Vencimentos \$ _____ (_____ por extenso)

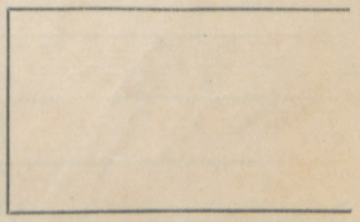
Forma de pagamento _____ Comissões _____

Utilidades \$ _____ Gorjetas ou gratificações \$ _____

Horário normal de trabalho, das _____ às _____ horas, com o intervalo de _____ para refeição e descanso.

Data de admissão, 17 de Setembro de 1943
_____, de _____ de 19 _____

POLEGAR DIREITO

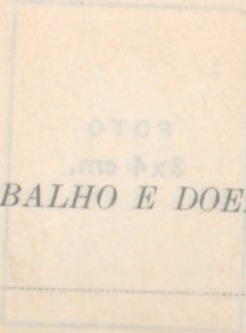


Jose Marini
(ASSINATURA DO EMPREGADO)

Data da saída, 24 de Setembro de 1944 *11.000 admiss
1/3/45 até 29/9*

(ASSINATURA DO EMPREGADO)

ACIDENTES NO TRABALHO E DOENÇAS PROFISSIONAIS



NOME

Profissão

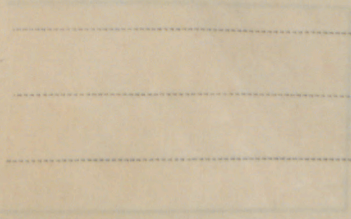
Assinatura

Assinatura

João Maria
João Maria
Dr. João Maria
27 de Junho de 1957
João Maria
João Maria

FÉRIAS GOZADAS

OBSERVAÇÕES



João Maria
27 de Junho de 1957



Número de Ordem _____

NOME *Rosina Renato*

Filiação { Pai *Renato José*
Mãe *Erminia Renato*

Nascimento { Data *18 de Junho 1910*
Lugar *Panguinho - São Paulo*

Nacionalidade *Brasileira*

Quando estrangeiro { *É casado com brasileira?*
Tem filhos brasileiros?
Data em que chegou ao Brasil
Carteira de identidade modelo n.º 19, n.º

Residência *Rua Buarque de Macedo 290*

Nome dos beneficiários *Vuosi - Fictício - Pedro Maria Franca*

Número do Registro Profissional _____ Carteira Profissional *312465* série *302*

Carteira Sindical n.º _____ Carteira de Reservista n.º _____

Carteira do Instituto ou Caixa de Aposentadoria e Pensões, n.º _____

Categoria _____ Função _____

Vencimentos *200 \$ - -* (_____ por extenso)

Forma de pagamento *De acordo q. Salário mínimo* Comissões _____

Utilidades \$ _____ Gorjetas ou gratificações \$ _____

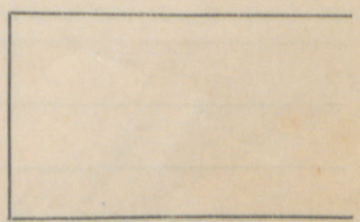
Horário normal de trabalho, das _____ às _____ horas, com o intervalo de _____ para refeição e descanso.

Data de admissão, *13* de *Outubro* de *1943*
de _____ de 19 _____

+ *Rosina Renato*
(ASSINATURA DO EMPREGADO)

Data da saída, *30* de *Julho* de *1946*
Falecida
(ASSINATURA DO EMPREGADO)

POLEGAR DIREITO



Forma de Ordem

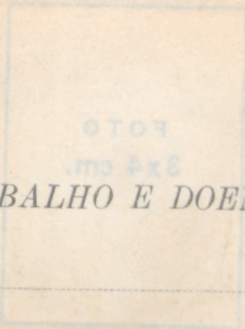


FOTO
3x4 cm.

ACIDENTES NO TRABALHO E DOENÇAS PROFISSIONAIS

NOME

João de Deus

Filição

João de Deus

Nascimento

18 de Junho 1910

Profissão

Operário

FÉRIAS GOZADAS

Quantidade

15 dias

Período

de 15 de Junho a 30 de Junho

Local

1910

OBSERVAÇÕES

Local

Local

Local

Local

15 dias

Local

1910

Local



Número de Ordem _____

NOME *Oscar Narciso Pinheiro*

Filiação { Pai *João Narciso Pinheiro (falecido)*
 Mãe *Veronica Guacalves Pinheiro (falecida)*

Nascimento { Data *21 de Fevereiro de 1898.*
 Lugar *Juazeiro*

Nacionalidade *Brasileiro*

Quando estrangeiro { *É casado com brasileira?*
Tem filhos brasileiros?
Data em que chegou ao Brasil
Carteira de identidade modelo n.º 19, n.º

Residência *Rua Barreto Leme, 442.*

Nome dos beneficiários *Esposa: Izabel-Felhor: Maria de Lourdes, Lassy, Nictes e Maria José*

Número do Registro Profissional _____ Carteira Profissional *112423* série *22º*

Carteira Sindical n.º _____ Carteira de Reservista n.º _____

Carteira do Instituto ou Caixa de Aposentadoria e Pensões, n.º _____

Categoria _____ Função *Cantador*

Vencimentos *Cr \$ 700,00 (Setecentos e Quarenta e dois por extenso)*

Forma de pagamento _____ Comissões _____

Utilidades \$ _____ Gorjetas ou gratificações \$ _____

Horário normal de trabalho, das *8* às *17 1/2* horas, com o intervalo de *1 1/2* para refeição e descanso.

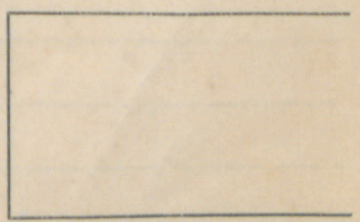
Data de admissão, *4* de *Novembro* de 19 *43*
 _____ de _____ de 19 _____

Oscar Narciso Pinheiro
 (ASSINATURA DO EMPREGADO)

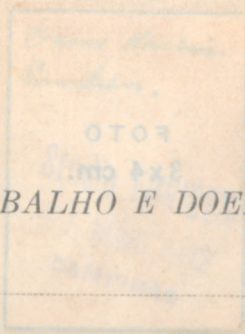
Data da saída, *30* de *Dez* de 19 *44*

Oscar Narciso Pinheiro
 (ASSINATURA DO EMPREGADO)

POLEGAR DIREITO



Estado de Goiás



ACIDENTES NO TRABALHO E DOENÇAS PROFISSIONAIS

Nome

Profissão

Idade

Sexo

FÉRIAS GOZADAS

Quando contratado

OBSERVAÇÕES

[Faint handwritten text and bleed-through from the reverse side of the page are visible throughout the form fields.]



Número de Ordem.....

NOME *Antonio Pissaldo*Filiação { Pai *Emenegildo Pissaldo*
Mãe *Amora Venigera Pissaldo*Nascimento { Data *10 de Maio de 1915*
Lugar *Campanas*Nacionalidade *Brasileira*Quando estrangeiro { É casado com brasileira? *Sim*
Tem filhos brasileiros? *Sim*
Data em que chegou ao Brasil *Sim*
Carteira de identidade modelo n.º 19, n.º.....Residência *Colégio Atenas Paulista*

Nome dos beneficiários.....

Número do Registro Profissional..... Carteira Profissional *460636* série *342*

Carteira Sindical n.º..... Carteira de Reservista n.º.....

Carteira do Instituto ou Caixa de Aposentadoria e Pensões, n.º.....

Categoria..... Função.....

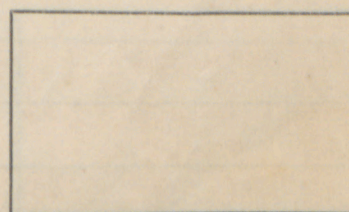
Vencimentos \$..... (..... por extenso)

Forma de pagamento..... Comissões.....

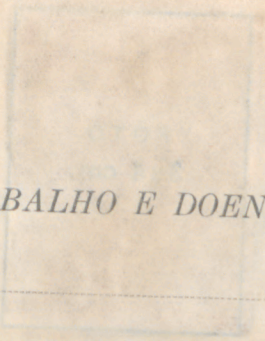
Utilidades \$..... Gorjetas ou gratificações \$.....

Horário normal de trabalho, das..... às..... horas, com o intervalo de.....
para refeição e descanso.Data de admissão, *11* de *Fevereiro* de *1944**Campanas*, *11* de *Fevereiro* de *1944*.+ *Antonio Pissaldo*
(ASSINATURA DO EMPREGADO)Data da saída, *9* de *Fevereiro* de *1944*.+ *Antonio Pissaldo*
(ASSINATURA DO EMPREGADO)

POLEGAR DIREITO



N.º do Ordenamento



ACIDENTES NO TRABALHO E DOENÇAS PROFISSIONAIS

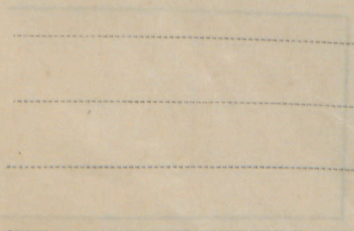
Nome: *António José*
 Pat: *1*
 Município: *Beja*
 Data: *10 de Maio de 1918*
 Nascimento: *Beja*
 Nacionalidade: *Portuguesa*

FÉRIAS GOZADAS

Quando cobertas: *10 de Maio de 1918*
 Conteúdo de férias gozadas: *15 dias*
 Restante: *15 dias*

OBSERVAÇÕES

Causa: *...*
 Verificação: *...*
 Forma de pagamento: *...*
 Utiлизadas: *...*
 Horário normal de trabalho: *...*
 Para refeição e descanso: *...*



Data de saída: *10 de Maio de 1918*
 Assinatura: *António José*
 Assinatura: *António José*



Número de Ordem _____

NOME *Djalma Azevedo Moreira*

Filiação { Pai *Francisco Libanio Moreira da Costa*
Mãe *Maria Theryza de Azevedo Costa*

Nascimento { Data *6 de Julho de 1897.*
Lugar *Pauso Alegre (município)*

Nacionalidade *Brasileiro*

Quando estrangeiro { É casado com brasileira? *Não*
Tem filhos brasileiros? *Sim*
Data em que chegou ao Brasil *-*
Carteira de identidade modelo n.º 19, n.º _____

Residência *Campinas*

Nome dos beneficiários *Colégio Atenas Paulista
Fulmena, e Euzi*

Número do Registro Profissional _____ Carteira Profissional _____ série _____

Carteira Sindical n.º _____ Carteira de Reservista n.º _____

Carteira do Instituto ou Caixa de Aposentadoria e Pensões, n.º _____

Categoria _____ Função _____

Vencimentos \$ _____ (_____ por extenso)

Forma de pagamento _____ Comissões _____

Utilidades \$ _____ Gorjetas ou gratificações \$ _____

Horário normal de trabalho, das _____ às _____ horas, com o intervalo de _____ para refeição e descanso.

Data de admissão, *20 de Novembro de 1943.*

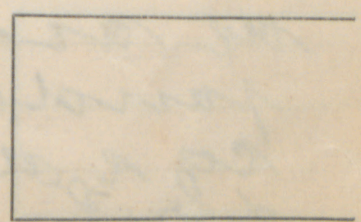
Campinas, 20 de Novembro de 1943.

Djalma Azevedo Moreira
(ASSINATURA DO EMPREGADO)

Data da saída, *6 de 2/ de 1945-*

Djalma Azevedo Moreira
(ASSINATURA DO EMPREGADO)

POLEGAR DIREITO



ACIDENTES NO TRABALHO E DOENÇAS PROFISSIONAIS

FÉRIAS GOZADAS



Campesina de abril de 1945
Palmas, Maranhão

OBSERVAÇÕES

Recebi um total de R\$ 651,20
Declaro que de livre e espontânea vontade me retirei do collegio de Turven Paulista tendo recebido e gossado os meus feros até a presente data assim como meus vencimentos com desconto de acordo com a lei e as perdas de meus abonos e a diada mais a mais de abril integral, da qual pleo quitado os meus direitos
Palmas, Maranhão



Número de Ordem.....

NOME *Amaro da Costa Guido*

Filiação { Pai *Silveiro Antônio da Costa*
Mãe *Ana Guido da Costa*

Nascimento { Data *27 de Agosto de 1908.*
Lugar *Espirito Santo Pinhal*

Nacionalidade *Brasileiro*

Quando estrangeiro { É casado com brasileira? *solteiro*
Tem filhos brasileiros? *não*
Data em que chegou ao Brasil *-*
Carteira de identidade modelo n.º 19, n.º

Residência *Campinas*
Colégio Stenu Parletta

Nome dos beneficiários.....

Número do Registro Profissional..... Carteira Profissional..... série.....

Carteira Sindical n.º..... Carteira de Reservista n.º *1.120*

Carteira do Instituto ou Caixa de Aposentadoria e Pensões, n.º.....

Categoria..... Função.....

Vencimentos \$..... (..... por extenso)

Forma de pagamento..... Comissões.....

Utilidades \$..... Gorjetas ou gratificações \$.....

Horário normal de trabalho, das..... às..... horas, com o intervalo de.....
para refeição e descanso.

Data de admissão, 5 de *Januário* de 1944

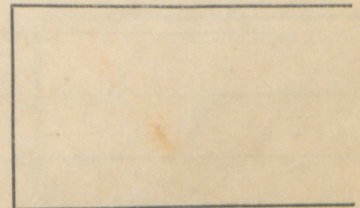
Campinas, 5 de *Januário* de 1944

Amaro da Costa Guido
(ASSINATURA DO EMPREGADOR)

Data da saída, 31 de *Março* de 1944

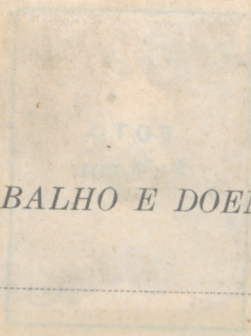
.....
(ASSINATURA DO EMPREGADO)

POLEGAR DIREITO



Sau

ACIDENTES NO TRABALHO E DOENÇAS PROFISSIONAIS



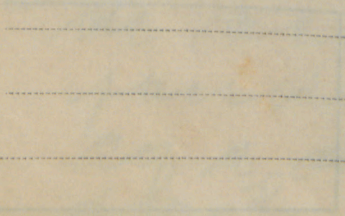
Nome do Acidentado
 Nome do Acidente
 Data do Acidente
 Local do Acidente
 Nacionalidade

FÉRIAS GOZADAS

Quando estranheira
 Quando brasileira
 Nome dos beneficiários

OBSERVAÇÕES

Descrição do acidente ou doença
 Causas
 Condições de trabalho
 Tratamento
 Condições de saúde
 Outras observações





Número de Ordem.....

NOME *Manuel de Jesus*

Filiação { Pai *Manuel dos Santos*
Mãe *Constância de Jesus*

Nascimento { Data *13 de dezembro de 1892.*
Lugar *Aviãda "Portugal"*

Nacionalidade *Portuguesa*

Quando estrangeiro { É casado com brasileira? *era casado com portuguesa*

Tem filhos brasileiros? *tem*

Data em que chegou ao Brasil *25 de Maio de 1914*

Carteira de identidade modelo n.º 19, n.º.....

Residência *Campinas*

Nome dos beneficiários *Antônio maria*

Número do Registro Profissional..... Carteira Profissional *37215* série *22*

Carteira Sindical n.º..... Carteira de Reservista n.º.....

Carteira do Instituto ou Caixa de Aposentadoria e Pensões, n.º.....

Categoria..... Função.....

Vencimentos \$..... (..... por extenso)

Forma de pagamento..... Comissões.....

Utilidades \$..... Gorjetas ou gratificações..... \$.....

Horário normal de trabalho, das..... às..... horas, com o intervalo de..... para refeição e descanso.

Data de admissão, *13* de *Janeiro* de 19*44*

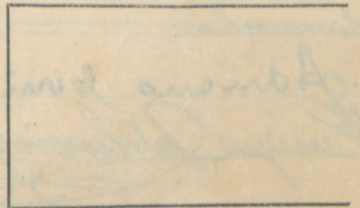
Campinas, *13* de *Janeiro* de 19*44*

Antônio de Manuel Jesus
Assessor Administrativo
(ASSINATURA DO EMPREGADO)

Data da saída, de..... de 19.....

(ASSINATURA DO EMPREGADO)

POLEGAR DIREITO



Faleceu

ACIDENTES NO TRABALHO E DOENÇAS PROFISSIONAIS

FÉRIAS GOZADAS

OBSERVAÇÕES

Ordenados:

De 13-1-44 a 31-7-45 - 320,00 mensal.

De 1-8-45 a 31-8-47 385,00 "

Declaro que me retirei do Colegio Atenas Paulista Ltda. de minha livre e espontanea vontade, dando plena quitacao dos meus direitos que por ventura venha ter de acordo com as leis trabalhistas em vigor.

Testemunhas:

1º Adriano Perri

2º Henrique Pedreira

Campinas 16 de Outubro de 1947

A Razo de Manoel de Jesus

Colunelo R. Litz



Número de Ordem _____

NOME Siro Morelli

Filiação { Pai Leonísio Morelli
Mãe Stella Morelli

Nascimento { Data 8 de Junho de 1893.
Lugar Luca. "Italia"

Nacionalidade Italiano

Quando estrangeiro { É casado com brasileira? Sim
Tem filhos brasileiros? Sim
Data em que chegou ao Brasil 1894
Carteira de identidade modelo n.º 19, n.º _____

Residência Campinas

Nome dos beneficiários Esposa: Amalia, Leocádis e Roberto
Rua Regente Feijó, 356.

Número do Registro Profissional _____ Carteira Profissional 349804 série 209

Carteira Sindical n.º _____ Carteira de Reservista n.º _____

Carteira do Instituto ou Caixa de Aposentadoria e Pensões, n.º _____

Categoria _____ Função _____

Vencimentos \$ _____ (_____ por extenso)

Forma de pagamento _____ Comissões _____

Utilidades \$ _____ Gorjetas ou gratificações \$ _____

Horário normal de trabalho, das _____ às _____ horas, com o intervalo de _____ para refeição e descanso.

Data de admissão, 8 de Janeiro de 1944

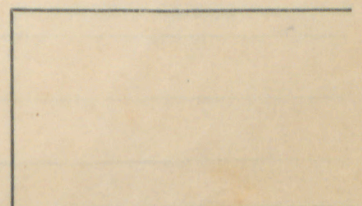
Campinas, 8 de Janeiro de 1944

+ Siro Morelli
(ASSINATURA DO EMPREGADO)

Data da saída, 19 de Setembro de 1949.

Siro Morelli
(ASSINATURA DO EMPREGADO)

POLEGAR DIREITO



ACIDENTES NO TRABALHO E DOENÇAS PROFISSIONAIS

FÉRIAS GOZADAS

OBSERVAÇÕES

Declaro que me retirei do Colegio Ateneu Paulista Ltda de minha livre e espontanea vontade, dando plena quitacao de todos meus direitos que por ventura vouha a ter de acordo com as leis Trabalhistas em vigor, tais como ferias todas elas gozadas, não havendo nada a reclamar.

Campinas, 19 de Setembro de 1949.

x Siro Morelli



Número de Ordem.....

NOME *Jose Rosa*

Filiação { Pai *Benedicto Rosa*
Mãe *Antonia Rosolo*

Nascimento { Data *29 de Junho de 1926.*
Lugar *Muyaro*

Nacionalidade *Brasileiro*

Quando estrangeiro { É casado com brasileira? *Solteiro*
Tem filhos brasileiros? *nao*
Data em que chegou ao Brasil *-*
Carteira de identidade modelo n.º 19, n.º *-*

Residência *Fazenda Chacarra da Barra*

Nome dos beneficiários.....

Número do Registro Profissional..... Carteira Profissional..... série.....

Carteira Sindical n.º..... Carteira de Reservista n.º.....

Carteira do Instituto ou Caixa de Aposentadoria e Pensões, n.º.....

Categoria..... Função.....

Vencimentos \$..... (..... por extenso).....

Forma de pagamento..... Comissões.....

Utilidades \$..... Gorjetas ou gratificações..... \$.....

Horário normal de trabalho, das..... às..... horas, com o intervalo de..... para refeição e descanso.

Data de admissão, *9 de Novembro* de 19*43*.

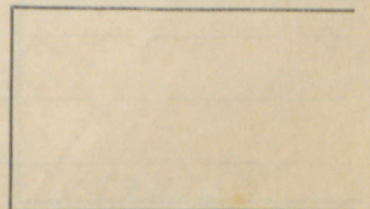
Campesin, *9 de Novembro* de 19*43*.

+ *Jose Rosa*
(ASSINATURA DO EMPREGADO)

Data da saída, *31 de Março* de 19*44*

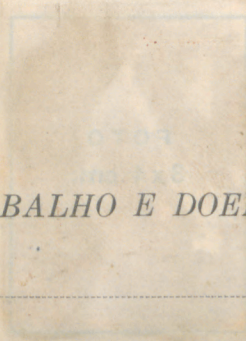
(ASSINATURA DO EMPREGADO)

POLEGAR DIREITO



Seu

ACIDENTES NO TRABALHO E DOENÇAS PROFISSIONAIS



Instituto de Cidre

Nome: *João da Silva*

Filiação: *Antônio da Silva*

Data: *10 de Junho de 1955*

Lugar: *Chaparral*

Nacionalidade: *Brasileira*

FÉRIAS GOZADAS

Quando contratado: *10 de Junho de 1955*

Quando despedido: *10 de Junho de 1955*

Tempo de serviço: *10 meses*

Tempo de férias: *15 dias*

Tempo de descanso: *15 dias*

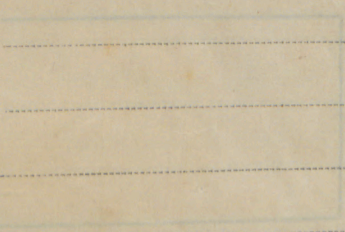
OBSERVAÇÕES

Observações: *Trabalhou em condições normais.*

Assinatura do empregado: *João da Silva*

Assinatura do empregador: *Antônio da Silva*

Data da saída: *10 de Junho de 1955*





Número de Ordem _____

NOME Antonia Maria Gonçalves

Filiação { Pai Olegario de Camargo
Mãe Carolina de Camargo

Nascimento { Data 13 de Junho de 1909
Lugar Camarguás

Nacionalidade Brasileira

Quando estrangeiro { É casado com brasileiro? Sim

Tem filhos brasileiros? Sim

Data em que chegou ao Brasil _____

Carteira de identidade modelo n.º 19, n.º _____

Residência Rua Rafael Salla, 5-22 5ª Travessa

Rua Marechal Deodoro n.º 604

Nome dos beneficiários _____

Número do Registro Profissional _____ Carteira Profissional 879426 série 64ª

Carteira Sindical n.º _____ Carteira de Reservista n.º _____

Carteira do Instituto ou Caixa de Aposentadoria e Pensões, n.º _____

Categoria _____ Função Auxiliar de Cozinha

Vencimentos 320 \$ 00 (_____ por extenso)

Forma de pagamento De acordo com Salario Mínimo Comissões

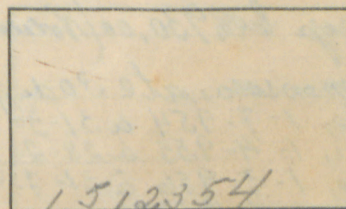
Utilidades \$ _____ Gorjetas ou gratificações \$ _____

Horário normal de trabalho, das _____ às _____ horas, com o intervalo de _____ para refeição e descanso.

Data de admissão, 1 de Novembro de 1943

Camarguás 1 de Novembro de 1943
a cargo de Antonia Maria Gonçalves
Oscar Narciso Pinheiro
(ASSINATURA DO EMPREGADO)

POLEGAR DIREITO



Data da saída, 20 de Dezembro de 1958

Antonia Maria de Camargo
(ASSINATURA DO EMPREGADO)

ACIDENTES NO TRABALHO E DOENÇAS PROFISSIONAIS

FÉRIAS GOZADAS

1944-13-12 à 29-12 - 1953 - 7-1 à 6-2 -
 1945-7-1 à 23-1 - 1954-29-12 à 17-1 -
 1946-13-1 à 30-1 - 1955-30-12 à 18-1
 1947-8-1 à 28-1 - 1956-22-12 - 10-1
 1949-11-1 à 26-1
 1950-8-2 à 25-2 -
 1951-15-1 à 7-2
 1952-21-1 à 10-2 -
 15-1 à 3-2-1957
 2-1 à 21-1-1958

OBSERVAÇÕES

Ordernados:

De 1-11-943 à 30-11-943 = CR\$ 260,00
 " 1-12-943 à 31-7-945 = CR\$ 320,00
 " 1-8-945 à 31-12-947 = CR\$ 450,00
 " 1-1-948 à 31-3-951 = CR\$ 550,00
 " 1-4-951 à 31-12-951 = CR\$ 589,00

Apartir de 1 de Janeiro de 1952, passou
 receber o salario minimo vigente, ou
 sep CR\$ 930,00 (Novecentos e trinta e tres cruzeiros
 mensais, ate 30 de Junho de 1954.

De 1-7-954 à 31-3-955 = CR\$ 2.150,00
 De 1-4-955 à 28-2-956 = CR\$ 2.154,00
 De 1-3-956 à 31-7-956 = CR\$ 2.388,50
 De 1-7-956 à CR\$ 3.600,00

Temp. Sindical Pagos:

Exercicio	GR\$	Em	Data
1945	12,80	Em	29-4-1945
" 1946	18,00	"	22-4-1946
" 1947	18,00	"	29-4-1947
" 1948	22,00	"	15-4-1948
" 1949	22,00	"	29-4-1949
" 1950	22,00	"	21-4-1950
" 1951	18,30	"	27-4-1951
" 1952	31,00	"	29-4-1952
" 1953	31,00	"	29-4-1953
" 1954	31,00	"	30-4-1954
" 1955	71,70	"	29-4-1955
" 1956	77,60	"	30-4-1956
" 1957	120,00	"	30-4-1957
1958	120,00	"	30-4-58



Número de Ordem _____

NOME *Hildebrando Seixas Siqueira*

Filiação { Pai *Isoluis Ortiz de Siqueira*
Mãe *Da Zelma Seixas Siqueira*

Nascimento { Data *5 de Novembro de 1904*
Lugar *Piracicaba*

Nacionalidade *Brasileira*

Quando estrangeiro { É casado com brasileira? _____
Tem filhos brasileiros? _____
Data em que chegou ao Brasil _____

Residência *Rua Luis Buriembal 36*
Carteira de identidade modelo n.º 19, n.º _____

Nome dos beneficiários *Filhos: Francisco, Manuel, Maria, Angela, Luiz, Zelia, Angela, Glauco, Maria do Rosário, Maria Zélia, João Carlos, Paulo Luiz*
Espôso: *Maria Otilia Siqueira*

Número do Registro Profissional _____ Carteira Profissional *411399* série *342*

Carteira Sindical n.º _____ Carteira de Reservista n.º *401760*

Carteira do Instituto ou Caixa de Aposentadoria e Pensões, n.º _____

Categoria _____ Função *Professor*

Vencimentos \$ _____ (_____ por extenso)

Forma de pagamento _____ Comissões _____

Utilidades \$ _____ Gorjetas ou gratificações \$ _____

Horário normal de trabalho, das _____ às _____ horas, com o intervalo de _____ para refeição e descanso.

Data de admissão, *15* de *Maio* de *1944*

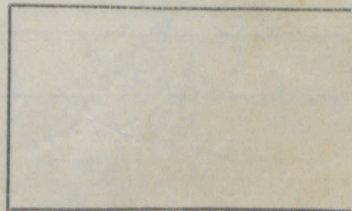
Cláudio, *15* de *Maio* de *1944*

Hildebrando Seixas Siqueira
(ASSINATURA DO EMPREGADO)

Data da saída, *28* de *Setembro* de *1947*

(ASSINATURA DO EMPREGADO)

POLEGAR DIREITO



ACIDENTES NO TRABALHO E DOENÇAS PROFISSIONAIS

FÉRIAS GOZADAS

OBSERVAÇÕES

Ordenados:	De 15/3/44 a 28/2/45	1.593,00	mensal
	De 1/3/45 a 30/6/45	3.211,20	"
	De 1/7/45 a	3.167,10	"



Número de Ordem.....

NOME *Nirao Cotomaceu*

Filiação { Pai *Franco Cotomaceu*
Mãe *da Josefa Mascili*

Nascimento { Data *21 de Agosto 1918*
Lugar *Campinas*

Nacionalidade *Brasileiro*

Quando estrangeiro { É casado com brasileira?
Tem filhos brasileiros?
Data em que chegou ao Brasil
Carteira de identidade modelo n.º 19, n.º

Residência *José Azevedo - 592*

Nome dos beneficiários *Pelúria*

Número do Registro Profissional *15.936* Carteira Profissional *375503* série *30a*

Carteira Sindical n.º Carteira de Reservista n.º

Carteira do Instituto ou Caixa de Aposentadoria e Pensões n.º

Categoria Função *Professor*

Vencimentos *412 \$50* (..... por extenso)

Forma de pagamento Comissões

Utilidades \$ Gorjetas ou gratificações \$

Horário normal de trabalho, das às horas, com o intervalo de
para refeição e descanso.

Data de admissão, *15 de maio* de 19*44*

Campinas 26 de Abril de 19*44*

Cotomaceu
(ASSINATURA DO EMPREGADO)

Data da saída, *28 de Fevereiro* de 19*46*.

(ASSINATURA DO EMPREGADO)

Veya Livro n.º 1
folhas 41
Registro de Professores

POLEGAR DIREITO
Paulista
10-1
13-41

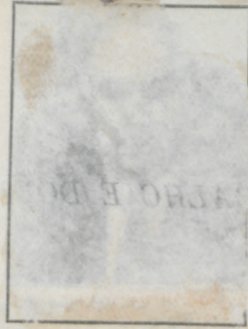
ACIDENTES NO TRABALHO E DOENÇAS PROFISSIONAIS

FÉRIAS GOZADAS

OBSERVAÇÕES

Ardeuady De 15/3/44 a 28/2/45 - 412.50 mens
De 1/2/45 a 284.80

Via livro n.º 1 p. 41



Número de Ordem _____

NOME

João Batista Amade

Filiação

Pai João Amade
Mãe D.ª Tereza Dal'Neogra Amade

Nascimento

Data 22 de Setembro 1917
Lugar Sorumbala (S. Paulo)

Nacionalidade

Brasileiro

Quando estrangeiro

É casado com brasileira?
Tem filhos brasileiros?
Data em que chegou ao Brasil
Carteira de identidade modelo n.º 19, n.º

Residência

Rua Juvenal Góris 1067 Rua Prof. Luiz Rosa n.º 226

Nome dos beneficiários

Sóteus

Número do Registro Profissional

16621

Carteira Profissional

293054

série

28.ª

Carteira Sindical n.º

Carteira de Reservista n.º

130762

Carteira do Instituto ou Caixa de Aposentadoria e Pensões, n.º

Categoria

Função

Professor

Vencimentos

\$

(

por extenso)

Forma de pagamento

Comissões

Utilidades

\$

Gorjetas ou gratificações

\$

Horário normal de trabalho, das _____ às _____ horas, com o intervalo de _____

para refeição e descanso.

Data de admissão, 15 de Março de 1944

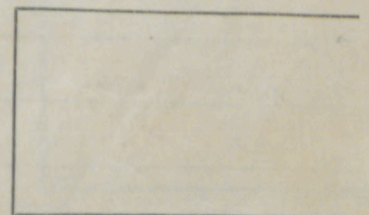
Campinas, 24 de Abril de 1944

x João Batista Amade
(ASSINATURA DO EMPREGADO)

Data da saída, _____ de _____ de 19 _____

(ASSINATURA DO EMPREGADO)

POLEGAR DIREITO



Amade Lima
folha 15

ACIDENTES NO TRABALHO E DOENÇAS PROFISSIONAIS

FÉRIAS GOZADAS

OBSERVAÇÕES

Form with horizontal lines for data entry, including fields for name, address, and observations.



Número de Ordem.....

NOME *José Gomes Carneiro*

Filiação { Pai *Antônio Jones Carneiro*
Mãe *Da Rosaria Passos Carneiro*

Nascimento { Data *17 de Março de 1882*
Lugar *(Tomello) Portugal*

Nacionalidade *Portugues*

Quando estrangeiro { É casado com brasileira? *Foi (Viúvo)*
Tem filhos brasileiros? *Não*
Data em que chegou ao Brasil *1893*
Carteira de identidade modelo n.º 19, n.º

Residência *Rua do Lameiro 1791*

Nome dos beneficiários *José Carneiro*

Número do Registro Profissional..... Carteira Profissional..... série.....

Carteira Sindical n.º..... Carteira de Reservista n.º.....

Carteira do Instituto ou Caixa de Aposentadoria e Pensões, n.º.....

Categoria..... Função.....

Vencimentos \$..... (..... por extenso)

Forma de pagamento..... Comissões.....

Utilidades \$..... Gorjetas ou gratificações \$.....

Horário normal de trabalho, das..... às..... horas, com o intervalo de..... para refeição e descanso.

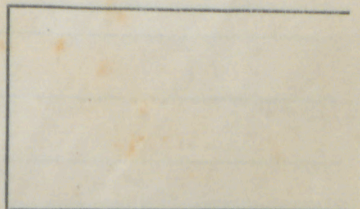
Data de admissão, *1* de *Janeiro* de 19 *44*
Paulista, *24* de *Julho* de 19.....

x José Gomes Carneiro
(ASSINATURA DO EMPREGADO)

Data da saída, *29* de *Dezembro* de 19 *54* *Faleceu*

(ASSINATURA DO EMPREGADO)

POLEGAR DIREITO



ACIDENTES NO TRABALHO E DOENÇAS PROFISSIONAIS

FÉRIAS GOZADAS

OBSERVAÇÕES

Ordens recebidos:

A partir de 1.º Janeiro de 1944 à 31 Julho de 1945 = 320,00

" " " 1.º Agosto de 1945 à 31 Julho de 1947 = 400,00

" " " 1.º Agosto de 1947 à 28 Fevereiro de 1949 = 450,00

" " " 1.º Março de 1949 à 31 Dezembro de 1951 = 500,00

A partir de 1.º de Janeiro de 1952, passou a receber o salário mínimo vigente, ou seja CR\$ 930,00 (novecentos e trinta cruzeiros)



Número de Ordem.....

NOME *D.ª Maria Hennigs.*Filiação { Pai *Jorge C. G. Hennigs* (falecido)
Mãe *Ernestina K. Hennigs*Nascimento { Data *30 de Setembro 1895*
Lugar *Campinas*Nacionalidade *Brasileira*Quando estrangeiro { É casado com brasileira?
Tem filhos brasileiros?
Data em que chegou ao Brasil
Carteira de identidade modelo n.º 19, n.ºResidência *Rua Barata Ribeiro n.º 448*Nome dos beneficiários *Ernestina K. Hennigs. (mãe viúva)*
*Luiza Joana Hennigs. (filha solteira)*Número do Registro Profissional Carteira Profissional *120.378* série *22ª*

Carteira Sindical n.º Carteira de Reservista n.º

Carteira do Instituto ou Caixa de Aposentadoria e Pensões, n.º

Categoria Função

Vencimentos \$ (..... por extenso)

Forma de pagamento Comissões

Utilidades \$ Gorjetas ou gratificações \$

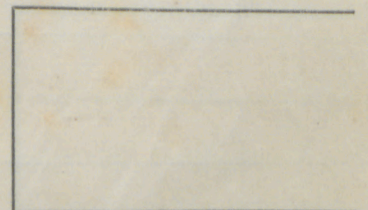
Horário normal de trabalho, das às horas, com o intervalo de
para refeição e descanso.Data de admissão, *15 de Março* de 19*44**Campinas*, *30 de Abril* de 19*44*

(ASSINATURA DO EMPREGADO)

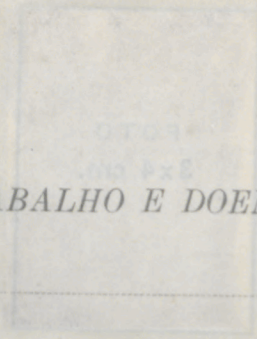
Data da saída, *28 de Fevereiro* de 19*47*.

(ASSINATURA DO EMPREGADO)

POLEGAR DIREITO



ACIDENTES NO TRABALHO E DOENÇAS PROFISSIONAIS



Nome do Operário

FOTO

Nome

Pat.

Endereço

Mun.

Data

Assinatura

Assinatura

Assinatura

FÉRIAS GOZADAS

Assinatura

OBSERVAÇÕES

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura



Número de Ordem.....

NOME *Manoel Baúlis Moreira Barros.*

Filiação { Pai *Antônio Baúlis.*
Mãe *D.ª Aurora Baúlis de Barros de J.ª Aurora Moreira Barros.*

Nascimento { Data *11 de Setembro 1914*
Lugar *São Paulo*

Nacionalidade *Brasileiro*

Quando estrangeiro { *É casado com brasileira?*
Tem filhos brasileiros?
Data em que chegou ao Brasil
Carteira de identidade modelo n.º 19, n.º

Residência *Rua Roma 432*

Nome dos beneficiários *D.ª Eurídisa Caetan Baúlis - Pelli Silvia.*

Número do Registro Profissional *4532-7116* Carteira Profissional *469017* série *34ª*

Carteira Sindical n.º *115* Carteira de Reservista n.º *29735*

Carteira do Instituto ou Caixa de Aposentadoria e Pensões, n.º *3*
Categoria _____ Função *Professor.*

Vencimentos \$ _____ (_____ por extenso)

Forma de pagamento _____ Comissões _____

Utilidades \$ _____ Gorjetas ou gratificações \$ _____

Horário normal de trabalho, das _____ às _____ horas, com o intervalo de _____ para refeição e descanso.

Data de admissão, *15 de Março* de 19 *44*

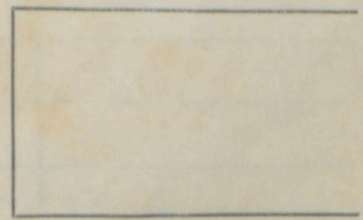
Assim, 30 de Setembro de 19 *44*

Manoel Baúlis Moreira Barros
(ASSINATURA DO EMPREGADO)

Data da saída, *28 de Fevereiro* de 19 *44*

Manoel Baúlis Moreira Barros
(ASSINATURA DO EMPREGADO)

POLEGAR DIREITO



Vencido de Ordem



ACIDENTES NO TRABALHO E DOENÇAS PROFISSIONAIS

[Faint, illegible handwritten text, possibly bleed-through from the reverse side of the page.]

FÉRIAS GOZADAS

[Faint, illegible handwritten text, possibly bleed-through from the reverse side of the page.]

OBSERVAÇÕES

[Faint, illegible handwritten text, possibly bleed-through from the reverse side of the page.]



Número de Ordem

FOTO
3x4 cm.

NOME *José Leite Campos*

Filiação { Pai *José Leite Campos Leão*
Mãe *D.ª Maria Amuniação Campos*

Nascimento { Data *13 de Setembro 1988*
Lugar *Vila Americana*

Nacionalidade *Brasileira*

Quando estrangeiro { É casado com brasileira?
Tem filhos brasileiros?
Data em que chegou ao Brasil
Carteira de identidade modelo n.º 19, n.º

Residência *R. Hospital 222*

Nome dos beneficiários *Casado. e D.ª Francisca Campos Campos*

Número do Registro Profissional Carteira Profissional série

Carteira Sindical n.º Carteira de Reservista n.º

Carteira do Instituto ou Caixa de Aposentadoria e Pensões, n.º

Categoria Função

Vencimentos \$ (por extenso)

Forma de pagamento Comissões

Utilidades \$ Gorjetas ou gratificações \$

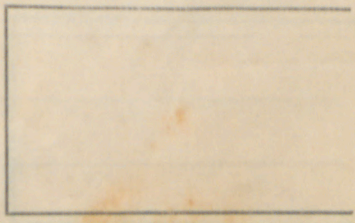
Horário normal de trabalho, das às horas, com o intervalo de para refeição e descanso.

Data de admissão, 1 de *Sete* de 19*44*
Agosto, 31 de *Sete* de 19*44*

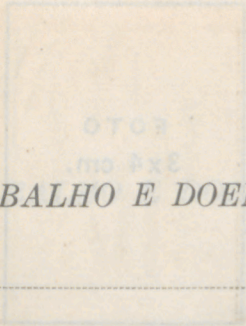
José Leite de Campos
(ASSINATURA DO EMPREGADO)

Data da saída, 30 de *Junho* de 19*44*
José Leite de Campos
(ASSINATURA DO EMPREGADO)

POLEGAR DIREITO



Número de Ordem



ACIDENTES NO TRABALHO E DOENÇAS PROFISSIONAIS

Nome: *João Baptista Gonçalves*
 Função: *Operário*
 Data: *12 de Setembro 1988*
 Local: *Vila Rica*
 Localidade: *Vila Rica*

FÉRIAS GOZADAS

Período: *12 de Setembro 1988*
 Local: *Vila Rica*
 Localidade: *Vila Rica*

OBSERVAÇÕES

Descrição do acidente ou doença: *...*
 Local: *Vila Rica*
 Localidade: *Vila Rica*

Assinatura do Empregado: *João Baptista Gonçalves*
 Assinatura do Empregador: *...*
 Data de emissão: *30 de Junho de 1988*



FOTO
3x4 cm.

Número de Ordem _____

NOME

Octávio Trevisani

Filiação

Pai *Antônio Trevisani*

Mãe *D.ª Luíza Trevisani*

Nascimento

Data *14 de Novembro 1920*

Lugar *Pedroqueho*

Nacionalidade

Brasileira

Quando estrangeiro

É casado com brasileira?

Tem filhos brasileiros?

Data em que chegou ao Brasil

Carteira de identidade modelo n.º 19, n.º

Residência

R. Comarcas 753

Nome dos beneficiários

Solteiro

Número do Registro Profissional

Carteira Profissional *269742* série *28ª*

Carteira Sindical n.º

Carteira de Reservista n.º

Carteira do Instituto ou Caixa de Aposentadoria e Pensões, n.º

Categoria

Função

Vencimentos \$

(

por extenso)

Forma de pagamento

Comissões

Utilidades \$

\$

Gorjetas ou gratificações

\$

Horário normal de trabalho, das

às

horas, com o intervalo de

para refeição e descanso.

Data de admissão,

26 de Maio de 19*44*

Campos, 30 de Abril de 19*44*

Octávio Trevisani

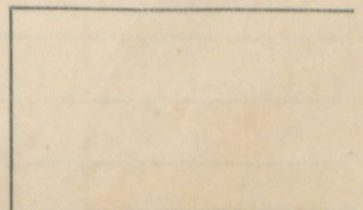
(ASSINATURA DO EMPREGADO)

Data da saída,

17 de Maio de 19*44*

(ASSINATURA DO EMPREGADO)

POLEGAR DIREITO



Sau

Número de Ordem

FOTO
3x4 cm.

ACIDENTES NO TRABALHO E DOENÇAS PROFISSIONAIS

NOME

Filiação

Idade

Sexo

Profissão

FÉRIAS GOZADAS

Quando estratificadas

OBSERVAÇÕES

Categoria

Encomendas

Forma de pagamento

Utilizadas

Horário normal de trabalho

para redução e descanso

ASSINATURA DO EMPREGADO

Data de emissão

ASSINATURA DO EMPREGADOR



Número de Ordem.....

NOME

Agostinho Gonçalves Silveira

Filiação

Pai

José Hilário de Silva

Mãe

D. Glória Gonçalves de Jesus

Nascimento

Data

6 de Junho de 1925

Lugar

Stungkatata Minas

Nacionalidade

Brasilense

Quando estrangeiro

É casado com brasileira?

Tem filhos brasileiros?

Data em que chegou ao Brasil

Carteira de identidade modelo n.º 19, n.º

Residência

D. Quinze 1791.

Nome dos beneficiários

Letícia

Número do Registro Profissional

Carteira Profissional

série

Carteira Sindical n.º

Carteira de Reservista n.º

Carteira do Instituto ou Caixa de Aposentadoria e Pensões, n.º

Categoria

Função

Vencimentos

\$

(

por extenso)

Forma de pagamento

Comissões

Utilidades

\$

Gorjetas ou gratificações

\$

Horário normal de trabalho, das _____ às _____ horas, com o intervalo de _____

para refeição e descanso.

Data de admissão,

5 de Fevereiro de 1944

Campes, 7º de

Maio de 1944

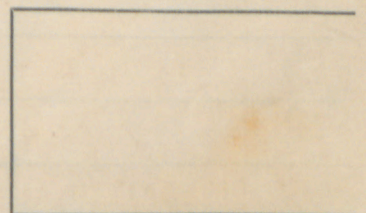
Agostinho Gonçalves da Silva
(ASSINATURA DO EMPREGADO)

Data da saída,

15 de Junho de 1944

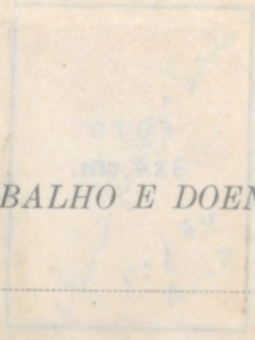
(ASSINATURA DO EMPREGADO)

POLEGAR DIREITO



Sauil

Número de Ordem



ACIDENTES NO TRABALHO E DOENÇAS PROFISSIONAIS

Nome: *Roberto Francisco de Sá*

Profissão: *Engenheiro de Minas*

Local: *Engenharia de Minas*

Estado: *Minas Gerais*

Cidade: *Uberlândia*

FÉRIAS GOZADAS

Quando solicitado: _____

Data em que cessou o prazo: _____

Quando de início do período: _____

Quando de término do período: _____

Nome dos beneficiários: _____

Valor do líquido profissional: _____

Valor de férias: _____

Valor de rescisão: _____

OBSERVAÇÕES

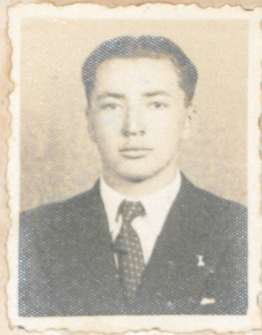
Coligação: _____

Assinatura do empregado: *Roberto Francisco de Sá*

Data de rubrica: _____

Assinatura do empregado: _____

Data de rubrica: _____



Número de Ordem _____

NOME Almiro de Moraes Bueno

Filiação { Pai Clóvis de Moraes Bueno
 Mãe D.ª Carlota da Silva Bueno

Nascimento { Data 07 de Dezembro 1921
 Lugar Campina

Nacionalidade Bra. Lus.

Quando estrangeiro { É casado com brasileira? _____
 Tem filhos brasileiros? _____
 Data em que chegou ao Brasil _____
 Carteira de identidade modelo n.º 19, n.º _____

Residência D.ª Sumar 1791

Nome dos beneficiários Letras

Número do Registro Profissional _____ Carteira Profissional 98783 série 66ª

Carteira Sindical n.º _____ Carteira de Reservista n.º _____

Carteira do Instituto ou Caixa de Aposentadoria e Pensões, n.º 1512447

Categoria _____ Função Professor de Física

Vencimentos \$ _____ (vida inteira por extenso)

Forma de pagamento _____ Comissões _____

Utilidades \$ _____ Gorjetas ou gratificações \$ _____

Horário normal de trabalho, das _____ às _____ horas, com o intervalo de _____ para refeição e descanso.

Data de admissão, 15 de Março de 1944

Campina, 3ª de Julho de 1944

Almiro de Moraes Bueno
 (ASSINATURA DO EMPREGADO)

Data da saída, 31 de Julho de 1947

Almiro de Moraes Bueno
 (ASSINATURA DO EMPREGADO)

POLEGAR DIREITO



ACIDENTES NO TRABALHO E DOENÇAS PROFISSIONAIS



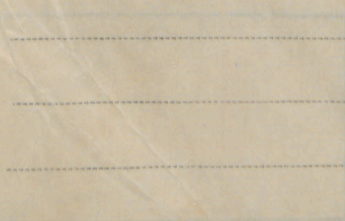
Nome: *Almeida de M. dos R.*
 Filiação: *Almeida de M. dos R.*
 Data de Nascimento: *25 de Setembro de 1911*
 Local de Nascimento: *Carapicuíba*

FÉRIAS GOZADAS

Quando estrangeiro: *1945*
 Quando em viagem ao exterior: *1945*
 Quando em viagem ao Brasil: *1945*
 Quando em férias: *1945*

OBSERVAÇÕES

Ordenado:
 De 15-3-1944 a 30-3-1945 = 450,00 mensal / Contribuição paga ao I.A.P.C. nessa base:
 De 1-4-1945 a 28-2-1947 600,00 *
 De 1-3-1947 a 31-7-1947 750,00 *
 matrícula n. 1512447.
 Campinas 21 de Julho 1947.



(ASSINATURA DO EMPREGADO)

(ASSINATURA DO EMPREGADO)



Número de Ordem _____

NOME _____

Horacio Pedro Miguel Giardini

Filiação {

Pai _____

Roschuel Giardini

Mãe _____

S.ª Rna Paoli Giardini

Nascimento {

Data _____

12 de Set. 1892

Lugar _____

Italia

Nacionalidade _____

Italiano.

É casado com brasileira? _____

Italiano.

Tem filhos brasileiros? _____

Sim

Data em que chegou ao Brasil _____

1894

Carteira de identidade modelo n.º 19, n.º _____

Residência _____

Rua B. Pauaiba 170

Nome dos beneficiários _____

Maria; filhas: Rosa, Ylenda, Lourdes, Nida, Lida, Daviana.

Número do Registro Profissional _____

Carteira Profissional _____

série _____

Carteira Sindical n.º _____

Carteira de Reservista n.º _____

Carteira do Instituto ou Caixa de Aposentadoria e Pensões, n.º _____

Categoria _____

Função _____

Vencimentos \$ _____

(_____

por extenso) _____

Forma de pagamento _____

Comissões _____

Utilidades \$ _____

\$ _____

Gorjetas ou gratificações _____

\$ _____

Horário normal de trabalho, das _____ às _____

às _____

horas, com o intervalo de _____

para refeição e descanso.

Data de admissão, _____ de _____ de 19 _____

14 de Fevereiro de 1944

Campina, _____ de _____ de 1944

9 de Maio de 1944

Horacio Pedro Miguel Giardini

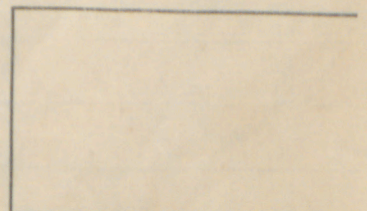
(ASSINATURA DO EMPREGADO)

Data da saída, _____ de _____ de 19 _____

16 de Fevereiro de 1944

(ASSINATURA DO EMPREGADO)

POLEGAR DIREITO



Número do Orden



ACIDENTES NO TRABALHO E DOENÇAS PROFISSIONAIS

NOME

Profissão

Idade

Nacionalidade

FÉRIAS GOZADAS

Quando começaram

OBSERVAÇÕES

Colaborar

Verificação

Partido de pagamento

Unidades

Horário normal de trabalho

para referido e decorrer

SIGNATURA DO EMPREGADO

Data do acidente

SIGNATURA DO EMPREGADOR



Número de Ordem _____

NOME

Orlando Santouei

Filiação

Pai Nicola Santouei

Mãe D.ª Maria Cecília Santouei

Nascimento

Data 25 de Setembro 1925 29 de Junho 1925

Lugar Campinas

Nacionalidade

Brasileira

Quando estrangeiro

É casado com brasileira?

Tem filhos brasileiros?

Data em que chegou ao Brasil

Carteira de identidade modelo n.º 19, n.º

Residência

Rua Ferreira Guller 1129

Nome dos beneficiários

Sociedade

Número do Registro Profissional

Carteira Profissional 723758 série 63ª

Carteira Sindical n.º

Carteira de Reservista n.º

Carteira do Instituto ou Caixa de Aposentadoria e Pensões, n.º

Categoria

Função

Vencimentos

\$ (por extenso)

Forma de pagamento

Comissões

Utilidades

\$ Gorjetas ou gratificações \$

Horário normal de trabalho, das às horas, com o intervalo de

para refeição e descanso.

Data de admissão, 12 de Fevereiro de 1944

Campinas, 7 de Maio de 1944

Orlando Santouei

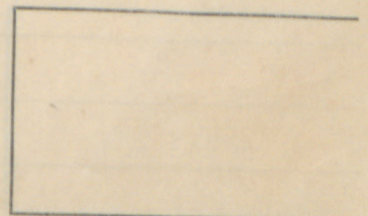
(ASSINATURA DO EMPREGADO)

Data da saída, 30 de Setembro de 1946

Orlando Santouei

(ASSINATURA DO EMPREGADO)

POLEGAR DIREITO





Número de Ordem.....

NOME

Manuel Cabeze de Jesus Cabeze

Filiação

Pai

Genaro Cabeze

Mãe

D. Tereza Vaz Cabez.

Nascimento

Data

5 de Maio 1926

Lugar

Pinhel - St. Paulo

Nacionalidade

Brasileira

Quando estrangeiro

É casado com brasileira?.....

Tem filhos brasileiros?.....

Data em que chegou ao Brasil.....

Carteira de identidade modelo n.º 19, n.º.....

Residência

Rua S. José Fernandes 16

Nome dos beneficiários

Dozeis.

Número do Registro Profissional.....

Carteira Profissional.....

série.....

Carteira Sindical n.º.....

Carteira de Reservista n.º.....

Carteira do Instituto ou Caixa de Aposentadoria e Pensões, n.º.....

Categoria.....

Função

Auxiliar Côpa

Vencimentos \$.....

(.....

por extenso).....

Forma de pagamento.....

Comissões.....

Utilidades \$.....

\$.....

Gorjetas ou gratificações.....

\$.....

Horário normal de trabalho, das..... às.....

às.....

horas, com o intervalo de.....

para refeição e descanso.

Data de admissão, 15 de maio de 1944

de 1944

de 1944

de 1944

Clayton, 9 de maio de 1944

de 1944

x José Cabeze

(ASSINATURA DO EMPREGADO)

Data da saída, 25 de Junho de 1944

de 1944

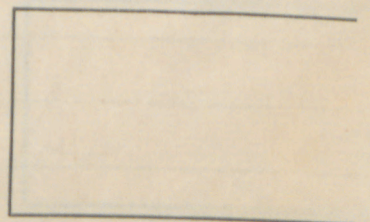
de 1944

de 1944

José Cabeze

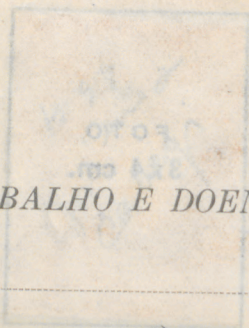
(ASSINATURA DO EMPREGADO)

POLEGAR DIREITO



Sain

Número de Ordem



ACIDENTES NO TRABALHO E DOENÇAS PROFISSIONAIS

Nome: *Antônio Augusto de Souza*

Profissão: *Engenheiro de Minas*

Data de Nascimento: *15/05/1910*

Lugar de Nascimento: *Uberlândia - Minas*

Nacionalidade: *Brasileira*

FÉRIAS GOZADAS

Quantidade de dias gozados: *30*

Período de gozo: *de 15/05/1955 a 14/06/1955*

Local de gozo: *Uberlândia - Minas*

OBSERVAÇÕES

Descrição do acidente ou doença: *Doença profissional - tuberculose pulmonar*

Local onde ocorreu: *Uberlândia - Minas*

Data da ocorrência: *15/05/1955*

Assinatura do empregado: *Antônio Augusto de Souza*

Data da assinatura: *15/05/1955*

Assinatura do empregador: *[Illegible]*

Data da assinatura: *[Illegible]*



Número de Ordem _____

NOME _____

Francisco Gajoli

Filiação {

Pai *Valentini Gajoli*

Mãe *D. Anália Gajoli*

Nascimento {

Data *18 de Outubro 1928*

Lugar *Campinas*

Nacionalidade _____

Brasileira

Quando estrangeiro {

É casado com brasileira? _____

Tem filhos brasileiros? _____

Data em que chegou ao Brasil _____

Carteira de identidade modelo n.º 19, n.º _____

Residência _____

Rua Viris 550

Nome dos beneficiários _____

Dozeiris

Número do Registro Profissional _____

Carteira Profissional _____

série _____

Carteira Sindical n.º _____

Carteira de Reservista n.º _____

Carteira do Instituto ou Caixa de Aposentadoria e Pensões, n.º _____

Categoria _____

Função _____

Vencimentos \$ _____

(_____

por extenso) _____

Forma de pagamento _____

Comissões _____

Utilidades \$ _____

Gorjetas ou gratificações \$ _____

\$ _____

Horário normal de trabalho, das _____ às _____ horas, com o intervalo de _____

para refeição e descanso.

Data de admissão, *17* de *Maio* de *1944*

Campinas, *9* de *Maio* de *1944*

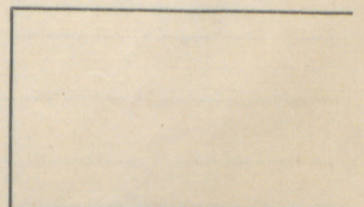
F. Francisco Gajoli

(ASSINATURA DO EMPREGADO)

Data da saída, *25* de *Maio* de *1944*

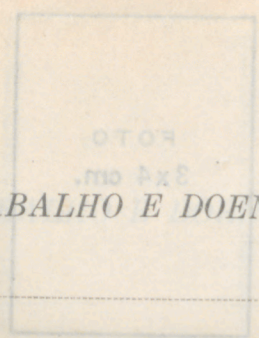
(ASSINATURA DO EMPREGADO)

POLEGAR DIREITO



Sau

Número de Ordem



ACIDENTES NO TRABALHO E DOENÇAS PROFISSIONAIS

Nome: *Francisco Xavier*
 Pat: *123456789*
 Filiação: *M. Oliveira*
 Data: *10/05/1920*
 Nascimento: *10/05/1920*
 Local: *Curitiba*
 Nacionalidade: *Brasileira*

FÉRIAS GOZADAS

Quando estrangeiro: _____
 Tem filhos dependentes: _____
 Data em que chegou ao Brasil: _____
 Contrato de trabalho em vigor nº: _____
 Residência: *Curitiba*
 Nome dos empregadores: _____

OBSERVAÇÕES

Categoria: _____
 Ventosidade: _____
 Forma de pagamento: _____
 Faltas: _____
 Horário normal de trabalho, das _____
 para refeição e descanso: _____
 Data de admissão: _____
 Data de saída: _____

Assinatura do empregado: *Francisco Xavier*
 Assinatura do empregador: _____
 Data da saída: _____ de _____ de 19__



FOTO
3x4 cm.

Número de Ordem.....

NOME Pompeu Candido

Filiação { Pai Manoel Candido
 Mãe D.ª Beluma Candido

Nascimento { Data 28 de Novembro 1927
 Lugar Campina

Nacionalidade Brasileira

Quando estrangeiro { É casado com brasileira?
Tem filhos brasileiros?
Data em que chegou ao Brasil
Carteira de identidade modelo n.º 19, n.º

Residência Rua Maria Monteiro 815

Nome dos beneficiários Sobrinho

Número do Registro Profissional Carteira Profissional série

Carteira Sindical n.º Carteira de Reservista n.º

Carteira do Instituto ou Caixa de Aposentadoria e Pensões, n.º

Categoria Função

Vencimentos \$ (..... por extenso)

Forma de pagamento Comissões

Utilidades \$ Gorjetas ou gratificações \$

Horário normal de trabalho, das às horas, com o intervalo de
para refeição e descanso.

Data de admissão, 21 de Janeiro de 19 44

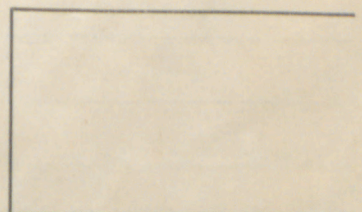
Campina, de Mai de 19 44

x Pompeu Candido
(ASSINATURA DO EMPREGADO)

Data da saída, 31 de Maio de 19 44

(ASSINATURA DO EMPREGADO)

POLEGAR DIREITO

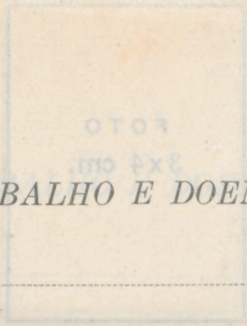


Sain

Número de Ordem

FOTO
3x4 cm.

ACIDENTES NO TRABALHO E DOENÇAS PROFISSIONAIS



Nome

João Carlos

Profissão

Mecânico

Idade

25 anos

Nacionalidade

Portuguesa

FÉRIAS GOZADAS

Período

De 15 de Maio a 15 de Junho de 1977

Local

Lisboa

OBSERVAÇÕES

Local

Função

Período

(por escrito)

Forma de pagamento

(omissas)

Observações

Gozadas em 15 dias

Horário normal de trabalho das

horas com o intervalo de

para registro e denúncia

Assinatura do empregado
Data da saída
Assinatura do empregador

1840

James C. ...
National ...
St. ...
...
...

...
...

LIBRARY OF THE UNIVERSITY OF TORONTO

1845



