

100

Recibo de Pagamento ( Folha de Pagamento )			Data e Assinatura		
Empregador ASSOCIACAO DOS SURDOS DE CONTAGE			Inscrição CNPJ: 26.047.928/0001-15	Admissão 18/02/2019	Competência Fevereiro de 2020
Empregado 000512 DEBORA RITIELLE ALVES ANDRADE			Cargo ASSISTENTE ADMINISTRATIVO I		Lotação CUIDADORAS
PIS 20185111046	Banco	Agência	Conta	Tipo de Conta	
Discriminação das Verbas					
Cod.	Descrição	Referência	Provento	Desconto	
011	Salário-Base	30 dia(s)	1.365,91		
310	INSS	8%		103,09	
320	Vale-Transporte	6%		81,95	
912	Atraso	12h26min		77,19	
			Total de Proventos 1.365,91	Total de Descontos 262,23	
			Líquido a Receber 1.103,68		
Salário Contratual 1.365,91	Base de Cálculo do INSS 1.288,72	Base de Cálculo do FGTS 1.288,72	FGTS 103,09	FGTS Contribuição Social	Base de Cálculo do IRRF

Recibo de Pagamento ( Folha de Pagamento )			Data e Assinatura		
Empregador ASSOCIACAO DOS SURDOS DE CONTAGE			Inscrição CNPJ: 26.047.928/0001-15	Admissão 18/02/2019	Competência Fevereiro de 2020
Empregado 000512 DEBORA RITIELLE ALVES ANDRADE			Cargo ASSISTENTE ADMINISTRATIVO I		Lotação CUIDADORAS
PIS 20185111046	Banco	Agência	Conta	Tipo de Conta	
Discriminação das Verbas					
Cod.	Descrição	Referência	Provento	Desconto	
011	Salário-Base	30 dia(s)	1.365,91		
310	INSS	8%		103,09	
320	Vale-Transporte	6%		81,95	
912	Atraso	12h26min		77,19	
			Total de Proventos 1.365,91	Total de Descontos 262,23	
			Líquido a Receber 1.103,68		
Salário Contratual 1.365,91	Base de Cálculo do INSS 1.288,72	Base de Cálculo do FGTS 1.288,72	FGTS 103,09	FGTS Contribuição Social	Base de Cálculo do IRRF

**Certificamos que o**

Material  
 Serviço

**deste documento foi recebido e conferido.**

  
**Assinatura**

MG15903639

**Matrícula**

  
**Assinatura**

MG1622043

**Matrícula**

17/03/2020

Internet---BAN:ki-ng C-AiXA

JO/



## TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

**Conta origem:** 0893 / 003 / 00004717-2

**Conta destino:** 0893 / 013 / 00089724-6

**Nome destinatário:** DEBORA RITIELLE ALVES ANDRADE

**Quantidade de vezes:**

**Valor:** R\$ 1.103,68

**Data de débito:** 02/03/2020

**Data/hora da operação:** 02/03/2020 18:32:49

**Código da operação:** 021832

**Chave de segurança:** OTP7SAES01T81GUL

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Help Desk CAIXA: 0800 726 0104



### TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

<b>Conta origem:</b>	0893 / 003 / 00004717-2
<b>Conta destino:</b>	0893 / 013 / 00089724-6
<b>Nome destinatário:</b>	DEBORA RITIELLE ALVES ANDRADE
<b>Quantidade de vezes:</b>	
<b>Valor:</b>	R\$ 1.103,68
<b>Data de débito:</b>	02/03/2020
<b>Data/hora da operação:</b>	02/03/2020 18:32:49
<b>Código da operação:</b>	021832
<b>Chave de segurança:</b>	0TP7SAES01T81GUL

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

O nome: DEBORA		O departamento de: CENTRAL		Voos: Forno 3		Data: 20.02.1°20.02.29	
A turma do		Classe B		Turma do C		A turma do	
Na segunda-feira	Depois do trabalho	0 trabalho	Depois do trabalho	0 trabalho	Depois do trabalho	0 trabalho	Depois do trabalho
6	08:27		12:01		02-17	08:43	11:53
7		DOMINGO			02-18	08:08	11:15
1	07:53	12:03	17:10		02-19	11:40	12:21
2	08:47	12:33	16:32		02-20	08:41	12:55
3	12:45	ATESTADO			02-21	08:00	11:03
4		ATESTADO			02-22	SABADO	
5	08:03	13:46	17:46		02-23	DOMINGO	
6		SABADO			02-24	FOLGA A COMPENSAR	
7		DOMINGO			02-25	FERIADO	
1	08:47	12:57	17:16		02-26	08:23	11:28
2	DECLARAÇÃO	12:07	17:14		02-27	08:33	11:21
3	10:23	13:29	17:12		02-28	ATESTADO	
4	08:04	11:27	17:16		02-29	SABADO	
5	08:41	14:01	17:36				
6		SABADO					
7		DOMINGO					



*BS*  
Coordenador da ASC

*[Signature]*  
Funcionário da ASC



PACIENTE:	DEBORA RITIELLE ALVES ANDRADE	DATA NASC.:	29/01/1999
IDADE:	21 Anos 0 M?s e 7 Dias	CARTEIRA:	00010001069705090
CONVÊNIO:	FIAT - FCA SAUDE	SERVIÇO:	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO
ESPECIAL.:	GINECOLOGIA	DATA:	05/02/2020
LOCAL:	PRONTO SOCORRO (B)	HORA:	18:35
MÉDICO:	CAMILA GABRIELE SILVA		

**ATESTADO**

Atesto para fins trabalhistas que o Sr(a) **DEBORA RITIELLE ALVES ANDRADE** esteve em consulta e avaliação médica no dia **05/02/2020**. Deverá manter-se afastado de suas atividades por **02** dia(s) a contar da referida data.

CID:

**OBS: CID INFORMADO CONFORME AUTORIZAÇÃO DO PACIENTE.**

Observações:

Belo Horizonte, Quarta-Feira, 05 de Fevereiro de 2020

  
Dra. Camila Gabriele Silva  
CRM 65396  
CONTROLE REGIONAL DE MEDICINA

CAMILA GABRIELE SILVA

CRM - 65396



### DECLARAÇÃO DE PERMANÊNCIA

Declaramos, para devidos fins, que Debora Ritielle Alves Andrade compareceu à unidade Eldorado I do Hermes Pardini na data de hoje para realização de exames no período de 08:50 às 11:36 horas.

Belo Horizonte, 11 de Fevereiro de 2020

193.78.769.0001/76 INSTITUTO HERMES PARDINI S/A

CENTRAL DE RELACIONAMENTO COM CLIENTES  
|31| 3228 6200 | 2121 6200  
www.hermespardini.com.br | atendimento@abhpardini.com.br

HP 101000472

<b>JUSTIFICATIVA</b>		
NOME: <u>Debora Ritielle Alves Andrade</u>	DATA: <u>19 / 02 / 20</u>	
HORA: <u>08:00</u>	<input checked="" type="checkbox"/> CHEGADA	<input type="checkbox"/> SAIDA
MOTIVO: <u>Retirada do BotimCard</u>	<input type="checkbox"/> ATENDIMENTO	
		<u>[Signature]</u> Coordenador(a) Geral
		<u>[Signature]</u> Colaborador(a)

É obrigatório o preenchimento desta em caso de atrasos na chegada ou saída e quando o atendimento demorar mais que o previsto



### DECLARAÇÃO DE PERMANÊNCIA

Declaramos, para devidos fins, que Debora Ritielle Alves Andrade compareceu à unidade Eldorado J do Hermes Pardini na data de hoje para realização de exames no período de 15:45 às 17:11 horas.

Belo Horizonte, 19 de fevereiro de 2020

193.78.769.0001/76 INSTITUTO HERMES PARDINI S/A

CENTRAL DE RELACIONAMENTO COM CLIENTES  
|31| 3228 6200 | 2121 6200  
www.hermespardini.com.br | atendimento@abhpardini.com.br

HP 101000472

<b>JUSTIFICATIVA</b>		
NOME: <u>Debora Ritielle Alves Andrade</u>	DATA: <u>27 / 02 / 2020</u>	
HORA: <u>14:30</u>	<input type="checkbox"/> CHEGADA	<input checked="" type="checkbox"/> SAIDA
MOTIVO: <u>Liberada pela coordenadora. Passando mal</u>	<input type="checkbox"/> ATENDIMENTO	
		<u>[Signature]</u> Coordenador(a) Geral
		<u>[Signature]</u>

É obrigatório o preenchimento desta em caso de atrasos na chegada ou saída e quando o atendimento demorar mais que o previsto



## ATESTADO MÉDICO

Atesto que o(a) sr(a) Deborah Rutielle Alves Anacleto

portador da Carteira Profissional nº \_\_\_\_\_

e Carteira de Identidade nº \_\_\_\_\_

Não apresenta ao exame clínico de rotina realizado nesta data sinais de doenças infectocontagiosas, de alterações evidentes de órgãos dos sentidos ou vícios de conformação física. Durante a entrevista não evidenciou sinais de déficit ou doença neuropsiquiátrica (este exame não é válido como exame admissional, ou periódico para fins de legislação de segurança e saúde do trabalhador, vide portaria nº 24 de 29/12/94 do Ministério do Trabalho).

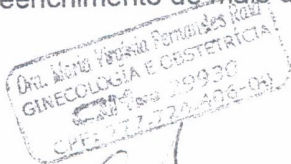
Compareceu nesta data para consulta/exame, tendo permanecido na unidade no período de 7:50 às 9:00 horas.

Necessita permanecer afastado do trabalho por \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) dias, a partir de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ por motivo de doença CID. \_\_\_\_\_ (a pedido do paciente). (Este atestado é válido para finalidades previstas no art. 143 § 1º do decreto 2172 de 05/03/97, e Resolução CFM 1190/84 e será expedido para justificar o afastamento do trabalho de 1 a 15 dias).

Deverá afastar-se do trabalho no período de \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) dias, a partir de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ conforme o disposto no inciso XVII, art 7º, capítulo II, título II da constituição federal de 05/10/88. (Licença – maternidade).

OBS: Este atestado perderá o valor em caso de rasura e de preenchimento de mais de um campo.

12 / 02 / 20  
Data

  
Assinatura / Carimbo / CRM

Nome do paciente: DEBORA RITIELLE ALVES ANDRADE	Nº Pront.: 0000815920	Nº Atend. 32840965
Data de Nascimento: 29/01/1999 Idade: 21 Anos 0 Mês 30 Dias	Convênio: FIAT	
Nome da mãe: ELIZETE ALVES DO CARMO ANDRADE	Setor: PRONTO SOCORRO / ATENDIMENTO	Leito:
Profissional: RACHEL DUPIN SIMON	Data Assinatura: 28/02/2020 10:01:17	

**ATESTADO MÉDICO**

Atesto que o (a) Sr. (a) DEBORA RITIELLE ALVES ANDRADE necessita permanecer afastado por 01 dias a partir de 28/02/2020 por razões médicas. CID A09.

(Este atestado é válido para as finalidades previstas nos artigos 71 e 72, parágrafo 1ª do Decreto 3048/99, e será expedido para justificar o afastamento do trabalho de 1 a 15 dias).

Eu, DEBORA RITIELLE ALVES ANDRADE, RG , autorizo a inclusão do CID no atestado médico.

---

DEBORA RITIELLE ALVES ANDRADE

00611328212

Esp. 5

Rachel Dupin Simon



---

Assinatura e Carimbo