

102

Recibo de Pagamento (Folha de Pagamento)			Data e Assinatura	
Empregador ASSOCIACAO DOS SURDOS DE CONTAGE			Inscrição CNPJ: 26.047.928/0001-15	
Empregado 000528 TATHIANE DE OLIVEIRA FALEIRO WANDERLEY			Admissão 27/02/2019	
PIS 20429089273			Competência Janeiro de 2020	
Banco			Carro ASSISTENTE ADMINISTRATIVO I	
Agência			Lotação CUIDADORAS	
Conta			Tipo de Conta	
Discriminação das Verbas				
Cod.	Descrição	Referência	Provento	Desconto
011	Salário-Base	30 dia(s)	1.365,91	
310	INSS	8%		109,27
			Total de Proventos 1.365,91	Total de Descontos 109,27
			Líquido a Receber 1.256,64	
Salário Contratual 1.365,91	Base de Cálculo do INSS 1.365,91	Base de Cálculo do FGTS 1.365,91	FGTS 109,27	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	
Empregado 000528 TATHIANE DE OLIVEIRA FALEIRO WANDERLEY			Admissão 27/02/2019	
PIS 20429089273			Competência Janeiro de 2020	
Banco			Carro ASSISTENTE ADMINISTRATIVO I	
Agência			Lotação CUIDADORAS	
Conta			Tipo de Conta	
Discriminação das Verbas				
Cod.	Descrição	Referência	Provento	Desconto
011	Salário-Base	30 dia(s)	1.365,91	
310	INSS	8%		109,27
			Total de Proventos 1.365,91	Total de Descontos 109,27
			Líquido a Receber 1.256,64	
Salário Contratual 1.365,91	Base de Cálculo do INSS 1.365,91	Base de Cálculo do FGTS 1.365,91	FGTS 109,27	FGTS Contribuição Social
				Base de Cálculo do IRRF

Certificamos que o

Material

Serviço

deste documento foi recebido e conferido.

[Assinatura]

Assinatura

[Assinatura]

Assinatura

MG15903639

Matricula

MG10220062

Matricula

103



TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

Conta origem: 0893 / 003 / 00004717-2

Conta destino: 0893 / 013 / 00106822-7

Nome destinatário: TATHIANE DE O F WANDERLEY

Quantidade de vezes:

Valor: R\$ 1.256,64

Data de débito: 04/02/2020

Data/hora da operação: 04/02/2020 16:06:52

Código da operação: 041606

Chave de segurança: HKRNS6CGHXJYMNJA

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

0 nome: TATHIANE		0 departamento de: CENTRAL		0 departamento de: CENTRAL		Voos: Turno3		Data: 20.01.1 ~ 20.01.31				
Na segunda Feira	A turma do		Classe B		Turma do C		A turma do		Classe B		Turma do C	
	0 trabalho	Depois do trabalho	0 trabalho	Depois do trabalho	0 trabalho	Depois do trabalho	0 trabalho	Depois do trabalho	0 trabalho	Depois do trabalho	0 trabalho	Depois do trabalho
3	07:15	12:09	13:00	16:47	FERIADO		07:15	12:29	13:26	16:15		
4	07:17	12:51	13:47	16:16	SABADO				SABADO			
5					DOMINGO				DOMINGO			
6	07:15	12:09	13:04	16:19			07:15	12:03	12:58	16:15		
7	07:15	12:11	13:03	16:18			07:15	12:04	13:02	16:18		
1	07:15	12:06	13:04	16:22			07:15	12:05	13:00	16:18		
2	07:15	12:09	13:04	16:19			07:15	12:02	13:00	16:15		
3	07:15	12:24	13:20	16:15			INTEMPERIE / A COMPENSAR					
4							SABADO					
5							DOMINGO					
6							07:00	12:00	12:55	16:55		
7							07:00	10:00	ATESTADO			
1	07:16	12:00	12:58	16:15			ATESTADO					
2	07:15	12:00	12:56	16:15			ATESTADO					
3	07:15	12:00	12:58	16:15			ATESTADO					
4	07:15	12:00	12:58	16:15			ATESTADO					



Tathiane
 Coordenador da ASC

Tathiane
 Funcionário da ASC



Prefeitura Municipal de Contagem
Secretaria Municipal de Saúde



J05

ATESTADO

Atesto que o(a) Sr (a) Jhatsiane de Oliveira Palaro

portador da Carteira Profissional nº _____

e Carteira de Identidade nº _____

Não apresenta ao exame clínico de rotina realizado nesta data sinais de doenças infecto-contagiosas, de alterações evidentes de órgãos dos sentidos ou vícios de conformação física. Durante a entrevista não evidenciou sinais de déficit ou doença neuro-psiquiátrica. (Este atestado não é válido como exame admissional, demissional ou periódico para fins de legislação a 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 _____ às _____ horas.

Necessita permanecer afastado do trabalho por 5 (cinco) dias a partir de 28/01/2020 por motivo de doença CID F41.2 (a pedido do paciente). (Este atestado é válido p/ finalidades prevista 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 dispositivo 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

UNIDADE DE SAÚDE

UNIDADE DA FAMUC N.º 7114

DATA

28/01/2020

ASSINATURA ECARIMBO DO RESPONSÁVEL

[Handwritten Signature]
Dra. Mariana de Azevedo
77030
7114

NMS AT1