

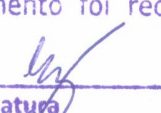
Recibo de Pagamento (Folha de Pagamento)		Data e Assinatura			
Empregador ASSOCIACAO DOS SURDOS DE CONTAGEM		Inscrição CNPJ: 26.047.928/0001-15	Admissão 22/01/2020	Competência Janeiro de 2020	
Empregado 000593 ALINE STEFANIE DE OLIVEIRA FELIPE		Cargo CUIDADOR		Lotação CUIDADORAS	
PIS 20997718409	Banco	Agência	Conta	Tipo de Conta	
Discriminação das Verbas					
Cod.	Descrição	Referência	Provento	Desconto	
010	Salário-Família	1 cota(s)	14,58		
011	Salário-Base	9 dia(s)	330,97		
123	Reembolso	25 dia(s)	919,37		
310	INSS	8%		88,25	
320	Vale-Transporte	6%		19,86	
321	Falta	2 dia(s)		73,55	
349	DSR Desconto	2 dia(s)		73,55	
			Total de Proventos 1.264,92	Total de Descontos 255,21	
			Líquido a Receber 1.009,71		
Salário Contratual 1.103,24	Base de Cálculo do INSS 1.103,24	Base de Cálculo do FGTS 1.103,24	FGTS 88,25	FGTS Contribuição Social	Base de Cálculo do IRRF

Recibo de Pagamento (Folha de Pagamento)		Data e Assinatura			
Empregador ASSOCIACAO DOS SURDOS DE CONTAGEM		Inscrição CNPJ: 26.047.928/0001-15	Admissão 22/01/2020	Competência Janeiro de 2020	
Empregado 000593 ALINE STEFANIE DE OLIVEIRA FELIPE		Cargo CUIDADOR		Lotação CUIDADORAS	
PIS 20997718409	Banco	Agência	Conta	Tipo de Conta	
Discriminação das Verbas					
Cod.	Descrição	Referência	Provento	Desconto	
010	Salário-Família	1 cota(s)	14,58		
011	Salário-Base	9 dia(s)	330,97		
123	Reembolso	25 dia(s)	919,37		
310	INSS	8%		88,25	
320	Vale-Transporte	6%		19,86	
321	Falta	2 dia(s)		73,55	
349	DSR Desconto	2 dia(s)		73,55	
			Total de Proventos 1.264,92	Total de Descontos 255,21	
			Líquido a Receber 1.009,71		
Salário Contratual 1.103,24	Base de Cálculo do INSS 1.103,24	Base de Cálculo do FGTS 1.103,24	FGTS 88,25	FGTS Contribuição Social	Base de Cálculo do IRRF

Certificamos que o

Material
 Serviço

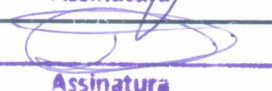
deste documento foi recebido e conferido.



Assinatura

11615903639

Matrícula



Assinatura

1161622098

Matrícula

118



TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

Conta origem: 0893 / 003 / 00004717-2

Conta destino: 0893 / 013 / 00104690-8

Nome destinatário: ALINE S DE O FELIPE

Quantidade de vezes:

Valor: R\$ 1.009,71

Data de débito: 04/02/2020

Data/hora da operação: 04/02/2020 16:19:58

Código da operação: 041619

Chave de segurança: V0SJ554MP7TKN87P

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

119
EU Aline Stephanie DE OLIVEIRA FELIPE, BRASILEIRA,
PORTADORA do RG: 16-17.107.884 e DO CPF: -
JJ8.243.676-51, CTPS nº: 2126195, Série nº: 0060/16,
Cadastrada no PIS sob o nº 209.97718.40-9,
com endereço na rua VL 30, 350, NOVA Contagem -
Contagem, Minas Gerais, CEP 32050-090, Declaro
PARA OS DEVIDOS FINS QUE por livre e
esportança vontade optei por ser recontratada
pela Associação dos Surdos de Contagem -
Asc na data de 22/01/2020 ao invés de
ter minha rescisão ocorrida em 26/12/2019
anulada.

Por ser expressão da verdade firmo
a presente declaração.

Contagem, 22 de Janeiro de 2020

Aline Stephanie de O. Felipe

CONTROLE DE FREQUÊNCIA

Empregador: ASSOCIACAO DOS SURDOS DE CONTAGEM ASSOCIAÇÃO DOS SURDOS				CNPJ/CEI: 26.047.928/0001-15				
Endereço: RUA RISO DO PRADO, 198				Período: De 22/01/2020 a 25/01/2020				
Atividade:				Lotação: 002 CUIDADORAS				
Empregado: 000593 ALINE STHEFANIE DE OLIVEIRA FELIPE			Cargo: CUIDADOR			CTPS: 00002126195/00060		
Observações:								
REFERENTE AO MÊS 01/2020								
					Prorrogação			
Dia	E1	S1	E2	S2	E	S	Assinatura/Justificativa	
22	Atestado							
23	FALTA							
24	Intemperie						Aline sthefanie O. felipe Aline sthefanie O. felipe	
25	----	---	----	----			Sábado	

Aline sthefanie O. felipe
Assinatura do Empregado



CONTROLE DE FREQUÊNCIA

Empregador: ASSOCIACAO DOS SURDOS DE CONTAGEM ASSOCIAÇÃO DOS SURDOS	CNPJ/CEI: 26.047.928/0001-15
Endereço: RUA RISO DO PRADO, 198	Período: De 26/01/2020 a 25/02/2020
Atividade:	Lotação: 002 CUIDADORAS
Empregado: 000593 ALINE STEFANIE DE OLIVEIRA FELIPE	Cargo: CUIDADOR
CTPS: 00002126195/00060	

Observações:
REFERENTE AO MÊS 02/2020

Dia	E1	S1	E2	S2	Prorrogação		Assinatura/Justificativa
					E	S	
26	----	----	----	----			Domingo
27	07:00	11:24	13:00	17:23			Aline Stefanie D. Felipe
28	06:58	11:20	13:02	17:26			Aline Stefanie D. Felipe
29	Atestado						
30	Atestado						
31	Falta						Aline Stefanie D. Felipe
01	----	----	----	----			Sábado
02	----	----	----	----			Domingo
03	07:02	11:22	12:59	17:24			Aline Stefanie D. Felipe
04	06:59	11:19	13:02	17:20			Aline Stefanie D. Felipe
05	07:04	11:25	13:03	17:25			Aline Stefanie D. Felipe
06	/						
07	/						
08	----	----	----	----			Sábado
09	----	----	----	----			Domingo
10	/						
11	/						
12	/						
13	/						
14	/						
15	----	----	----	----			Sábado
16	----	----	----	----			Domingo
17	/						
18	/						
19	/						
20	/						
21	/						
22	----	----	----	----			Sábado
23	----	----	----	----			Domingo
24	/						
25	/						

Aline Stefanie D. Felipe
Assinatura do Empregado





ATESTADO MÉDICO

Atesto que o(a) Sr(a) Aline Stephanie de Oliveira
portador da Carteira Profissional nº _____
e Carteira de Identidade nº _____

Não apresenta ao exame clínico de rotina realizado nesta data sinais de doença 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 02 (dois) dias, a partir de 21/01/2020 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 dispositivo inciso XVII, art. 7º, capítulo II, título II da Constituição Federal de 05/10/88. (Licença - Maternidade).

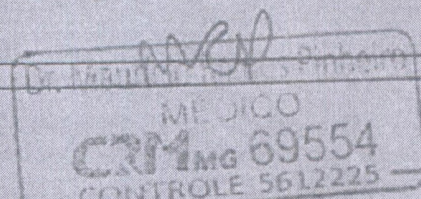
OBS.: Este atestado perderá o valor em caso de rasura e de preenchimento de mais de um campo.

UNIDADE DE SAÚDE:

DATA:

21/01/2020

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL:





Prefeitura Municipal de Contagem
Secretaria Municipal de Saúde



123

ATESTADO MÉDICO

Atesto que o(a) Sr(a) Almeida Stefanie de Oliveira
portador da Carteira Profissional nº Felipe
e Carteira de Identidade nº _____

Não apresenta ao exame clínico de rotina realizado nesta data sinais de doença 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 02 (dois) dias, a partir de 29/01/2020 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 dispositivo 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

DATA

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL:

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
EQUIPE DA
PSF VILA SÉBASTIAO

Dr. Marlene dos Pinheiro