

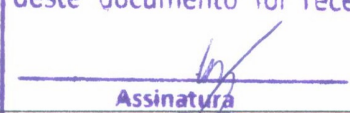
Recibo de Pagamento (Folha de Pagamento)				Data e Assinatura	
Empregador ASSOCIACAO DOS SURDOS DE CONTAGE		Inscrição CNPJ: 26.047.928/0001-15		Admissão 21/02/2019	Competência Fevereiro de 2020
Empregado 000526 ANIELE DA SILVA GONCALVES		Cargo CUIDADOR		Lotação CUIDADORAS	
PIS 12794466498	Banco	Agência	Conta	Tipo de Conta	
Discriminação das Verbas					
Cod.	Descrição	Referência	Provento	Desconto	
010	Salário-Família	2 cota(s)	97,24		
011	Salário-Base	30 dia(s)	1.103,24		
310	INSS	8%		70,01	
320	Vale-Transporte	6%		66,19	
321	Falta	3 dia(s)		110,32	
349	DSR Desconto	2 dia(s)		73,55	
912	Atraso	8h48min		44,13	
			Total de Proventos 1.200,48	Total de Descontos 364,20	
			Líquido a Receber 836,28		
Salário Contratual 1.103,24	Base de Cálculo do INSS 875,24	Base de Cálculo do FGTS 875,24	FGTS 70,01	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 21/02/2019	Competência Fevereiro de 2020
Empregado 000526 ANIELE DA SILVA GONCALVES		Cargo CUIDADOR		Lotação CUIDADORAS	
PIS 12794466498	Banco	Agência	Conta	Tipo de Conta	
Discriminação das Verbas					
Cod.	Descrição	Referência	Provento	Desconto	
010	Salário-Família	2 cota(s)	97,24		
011	Salário-Base	30 dia(s)	1.103,24		
310	INSS	8%		70,01	
320	Vale-Transporte	6%		66,19	
321	Falta	3 dia(s)		110,32	
349	DSR Desconto	2 dia(s)		73,55	
912	Atraso	8h48min		44,13	
			Total de Proventos 1.200,48	Total de Descontos 364,20	
			Líquido a Receber 836,28		
Salário Contratual 1.103,24	Base de Cálculo do INSS 875,24	Base de Cálculo do FGTS 875,24	FGTS 70,01	FGTS Contribuição Social	Base de Cálculo do IRRF


Certificamos que o

Material
 Serviço

deste documento foi recebido e conferido.


Assinatura

MG15903639
Matrícula


Assinatura

MG16200491
Matrícula

17/03/2020

In-te:met....B Anking....CA iXA

130



TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

Conta origem: 0893 / 003 / 00004717-2

Conta destino: 1529 / 013 / 00002356-7

Nome destinatário: ANIELE DA SILVA GONCALVES

Quantidade de vezes:

Valor: R\$ 836,28

Data de débito: 02/03/2020

Data/hora da operação: 02/03/2020 18:37:22

Código da operação: 021837

Chave de segurança: GHEA1RFVCERHCWHU

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

CONTROLE DE FREQUÊNCIA

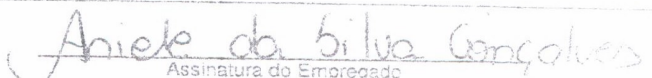
Empregador: ASSOCIAÇÃO DOS SURDOS DE CONTAGEM ASSOCIAÇÃO DOS SURDOS DE CNPJ/CEI: 26.047.928/0001-15
 Endereço: RUA RISO DO PRADO, 198 Período: De 26/01/2020 a 25/02/2020
 Atividade: Lotação: 002 CUIDADORAS

Empregado: 000526 ANIELE DA SILVA GONCALVES Cargo: CUIDADOR CTPS: 00000013339/00117

Observações:
REFERNETE A 02/2020

Dia					Prorrogação		Assinatura/Justificativa
	E1	S1	E2	S2	E	S	
26	---	---	---	---	---	---	Domingo
27	---	---	---	---	---	---	
28	---	---	---	---	---	---	
29	---	---	---	---	---	---	
30	---	---	---	---	---	---	
31	---	---	---	---	---	---	
01	---	---	---	---	---	---	Sábado
02	---	---	---	---	---	---	Domingo
03	FALTA	---	---	---	---	---	
04	FALTA	---	---	---	---	---	
05	ASC	ASC	ASC	ASC	---	---	Aniele da Silva Goncalves
06	07:00	11:24	13:00	17:24	---	---	Aniele da Silva Goncalves
07	-	-	13:00	17:27	---	---	Aniele da Silva Goncalves
08	---	---	---	---	---	---	Sábado
09	---	---	---	---	---	---	Domingo
10	---	---	12:59	17:25	---	---	Aniele da Silva Goncalves
11	06:59	11:25	12:57	17:24	---	---	Aniele da Silva Goncalves
12	07:03	11:27	13:04	17:26	---	---	Aniele da Silva Goncalves
13	07:01	11:24	13:02	17:24	---	---	Aniele da Silva Goncalves
14	07:04	11:25	13:00	17:27	---	---	Aniele da Silva Goncalves
15	---	---	---	---	---	---	Sábado
16	---	---	---	---	---	---	Domingo
17	FALTA	---	---	---	---	---	
18	07:00	11:24	Atestado		---	---	Aniele da Silva Goncalves
19	Atestado	---	---	---	---	---	
20	---	---	---	---	---	---	
21	---	---	---	---	---	---	
22	---	---	---	---	---	---	Sábado
23	---	---	---	---	---	---	Domingo
24	---	---	---	---	---	---	
25	---	---	---	---	---	---	


 Marcelo Roberto J. Castro
 Vice - Diretor
 Matrícula: 0142885


 Aniele da Silva Goncalves
 Assinatura do Empregado

E. M. IVAN DINIZ MACEDO
 Ensino Fundamental
 Lei de Criação Nº 2903/96
 Portaria de Aut. Nº 842/98 (1ª à 4ª)
 Portaria de Aut. Nº 297/99 (5ª à 8ª)



ASSOCIAÇÃO DOS SURDOS DE CONTAGEM ¹³²

Fundada em 25 de Novembro de 1988 - CNPJ: 26.047.928/0001-15
Declarada de Utilidade Pública; Lei N° 2.112 de 28 de Agosto de 1990.
Declarada de Utilidade Pública; Lei N.º 15.001 de 14 de Janeiro de 2004.
Filiada à Federação Mineira Desportiva dos Surdos - FMDS
Sede própria: Rua Riso do Prado, 198 Bairro Jardim Eldorado.
CEP: 32.310-410 - Contagem - Minas Gerais
LIBRAS Oficial - Lei N° 10.436 de 24 de Abril de 2002

DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO

Declaramos que a cuidadora Aniele da Silva Gonçalves esteve presente em nossa instituição no dia 05 de Fevereiro/2020 de 07:05h às 17:20h.

Atenciosamente,



Bianca dos Santos
Coordenadora Projeto Cuidadores



Prefeitura Municipal de Contagem
Secretaria Municipal de Saúde



ATESTADO MEDICO

Atesto que o(a) Sr(a) Amelia da Silva Gonçalves
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 40 Quarenta dias, a partir de 18/02/2020 por motivo de doença CID. Z35+024+060 (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). (Autorizado US pela paciente).

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.

ID DE SAÚDE:

CCE IRIA DINIZ

18/02/2020

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL: