

Recibo de Pagamento ( Folha de Pagamento )		Data e Assinatura	
Empregador ASSOCIACAO DOS SURDOS DE CONTAGE		Admissão 21/02/2019	
Empregado 000526 ANIELE DA SILVA GONCALVES		Competência Setembro de 2019	
PIS 12794466498		Lotação CUIDADORAS	
Banco		Conta	
Agência		Tipo de Conta	
Discriminação das Verbas			
Cod.	Descrição	Referência	Provento
010	Salário-Família	2 cotas(s)	65,60
011	Salário-Base	30 dia(s)	1.103,24
915	Reembolso de Passagem		9,00
310	INSS	8%	
912	Atraso	8h44min	
			84,75
			43,80
		Total de Proventos	1.177,84
		Total de Descontos	128,55
		Líquido a Receber	1.049,29
Salário Contratual 1.103,24		Base de Cálculo do INSS 1.059,44	Base de Cálculo do IRRF
		FGTS 84,75	FGTS Contribuição Social

Recibo de Pagamento ( Folha de Pagamento )		Data e Assinatura	
Empregador ASSOCIACAO DOS SURDOS DE CONTAGE		Admissão 21/02/2019	
Empregado 000526 ANIELE DA SILVA GONCALVES		Competência Setembro de 2019	
PIS 12794466498		Lotação CUIDADORAS	
Banco		Conta	
Agência		Tipo de Conta	
Discriminação das Verbas			
Cod.	Descrição	Referência	Provento
010	Salário-Família	2 cotas(s)	65,60
011	Salário-Base	30 dia(s)	1.103,24
915	Reembolso de Passagem		9,00
310	INSS	8%	
912	Atraso	8h44min	
			84,75
			43,80
		Total de Proventos	1.177,84
		Total de Descontos	128,55
		Líquido a Receber	1.049,29
Salário Contratual 1.103,24		Base de Cálculo do INSS 1.059,44	Base de Cálculo do IRRF
		FGTS 84,75	FGTS Contribuição Social

Certificamos que

M<sup>te</sup> ANIELE DA SILVA GONCALVES

do Serviço

deste documento foi recebido e conferido.

Assinatura

Assinatura

Matrícula

Matrícula

139

**TEV Enviada**

Via Internet Banking CAIXA

<b>Conta origem:</b>	0893 / 003 / 00004717-2
<b>Conta destino:</b>	1529 / 013 / 00002356-7
<b>Nome destinatário:</b>	ANIELE DA SILVA GONCALVES
<b>Quantidade de vezes:</b>	
<b>Valor:</b>	R\$ 1.049,29
<b>Data de débito:</b>	04/10/2019
<b>Data/hora da operação:</b>	04/10/2019 15:00:24
<b>Código da operação:</b>	041500
<b>Chave de segurança:</b>	KG3WNEV8HU4JHN6F

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

Proprietário: ASSOCIAÇÃO DOS SURDOS DE CONTAGEM ASSOCIAÇÃO DOS SURDOS DE CONTAGEM - RUA RISO DO PRAZO 199 - CEP: 31.167-100 - CONTAGEM - MG  
 Endereço: RUA RISO DO PRAZO 199 - CONTAGEM - MG  
 Alameda: -  
 Funcionário: ANIELÉ DA SILVA GONÇALVES - Cargo: CUIDADOR

Dia	Data				E	S	A	Observações
	E1	S1	E2	S2				
26	11.22	11.27	13.01	17.24				Aniele da Silva Gonçalves
27	06.57	11.24	13.00	17.24				Aniele da Silva Gonçalves
28	07.00	11.25	12.57	17.25				Aniele da Silva Gonçalves
29	07.07	11.24	13.03	17.26				Aniele da Silva Gonçalves
30	-	-	-	-				Férias
31	-	-	-	-				Sabado
01	-	-	-	-				Domingo
02	FALTA	-	13.00	17.25				Aniele da Silva Gonçalves
03	07.00	11.27	13.04	17.24				Aniele da Silva Gonçalves
04	06.57	11.24	12.57	17.26				Aniele da Silva Gonçalves
05	07.01	11.26	13.01	17.27				Aniele da Silva Gonçalves
06	07.04	11.27	13.07	17.24				Aniele da Silva Gonçalves
07	-	-	-	-				Sabado
08	-	-	-	-				Domingo
09	Declarado de Comop	-	-	-				
10	07.01	11.24	13.04	17.23				Aniele da Silva Gonçalves
11	06.57	11.26	Declarado de Comop	-				Aniele da Silva Gonçalves
12	07.02	11.24	12.55	17.24				Aniele da Silva Gonçalves
13	07.02	11.27	12.57	17.26				Aniele da Silva Gonçalves
14	-	-	-	-				Sabado
15	-	-	-	-				Domingo
16	06.57	11.24	12.56	17.24				Aniele da Silva Gonçalves
17	07.01	11.25	12.59	17.26				Aniele da Silva Gonçalves
18	07.00	11.25	12.55	17.24				Aniele da Silva Gonçalves
19	07.07	11.27	13.00	17.27				Aniele da Silva Gonçalves
20	07.00	11.24	13.03	17.25				Aniele da Silva Gonçalves
21	-	-	-	-				Sabado
22	-	-	-	-				Domingo
23	06.58	11.25	13.01	17.24				Aniele da Silva Gonçalves
24	07.01	11.27	12.57	17.26				Aniele da Silva Gonçalves
25	06.59	11.24	12.59	17.24				Aniele da Silva Gonçalves

Aniele da Silva Gonçalves  
Assinatura do Empregado

E. M. IVAN DINIZ MACEDO  
 Ensino Fundamental  
 Lei de Criação nº 2903/96  
 Portaria de Aut. nº 842/98 (1º à 4ª)  
 Portaria de Aut. nº 297/99 (5ª à 8ª)  
 Rua Anísio de Sena, 500  
 B. Barro - Contagem - CEP: 32050-000  
 Fone: (31) 3752-5192

Aniele da R. Santana  
 E. M. IVAN DINIZ MACEDO  
 Célia da Rocha Caitano  
 Diretora - Matrícula nº 17004-6  
 Ato Administrativo 22.450  
 DOC 09/01/2019



Declaração de Presença

Declaro que o(a) Sr.(a): ANIELE DA SILVA GONCALVES  
esteve neste estabelecimento no dia: 09/09/2019  
para a realização de exames no período de 10:15 às 11:00 horas.

22.735.377/0001-211

CLINICA DE ULTRA-SOM CONTAGEM LTDA.

Rua Itália, n.º 45 e 61

Bairro: Vila Glória - CEP 32340-100

CONTAGEM - MG

CLINICA DE ULTRASOM CONTAGEM LTDA  
Contagem 09 de Setembro de 2019



**ATESTADO MÉDICO**

Atesto que o(a) Sr(a) Andréa 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 13 às 15:30 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 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 de preenchimento de mais de um campo.**

UNIDADE DE SAÚDE:

PSF Vila Cuiabá II

DATA:

20/10/2019

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL:

*[Handwritten signature]*