

Recibo de Pagamento (Folha de Pagamento)			Data e Assinatura		
Empregador ASSOCIACAO DOS SURDOS DE CONTAGE			CNPJ/CEI 26.047.928/0001-15	Admissão 18/02/2019	Competência Abril de 2019
Empregado 000450 EDNA FATIMA DE OLIVEIRA DINIZ			Carro CUIDADOR	Lotação CUIDADORAS	
PIS 12366533251	Banco	Agência	Conta	Tipo de Conta	
Discriminação das Verbas					
Cod.	Descrição	Referência	Provento	Desconto	
011	Salário-Base	30 dia(s)	1.050,00		
310	INSS	8%		84,00	
320	Vale-Transporte	6%		63,00	
			Total de Proventos 1.050,00	Total de Descontos 147,00	
			Líquido a Receber 903,00		
Salário Contratual 1.050,00	Base de Cálculo do INSS 1.050,00	Base de Cálculo do FGTS 1.050,00	FGTS 84,00	FGTS Contribuição Social	Base de Cálculo do IRRF

191


Recibo de Pagamento (Folha de Pagamento)			Data e Assinatura		
Empregador ASSOCIACAO DOS SURDOS DE CONTAGE			CNPJ/CEI 26.047.928/0001-15	Admissão 18/02/2019	Competência Abril de 2019
Empregado 000450 EDNA FATIMA DE OLIVEIRA DINIZ			Carro CUIDADOR	Lotação CUIDADORAS	
PIS 12366533251	Banco	Agência	Conta	Tipo de Conta	
Discriminação das Verbas					
Cod.	Descrição	Referência	Provento	Desconto	
011	Salário-Base	30 dia(s)	1.050,00		
310	INSS	8%		84,00	
320	Vale-Transporte	6%		63,00	
			Total de Proventos 1.050,00	Total de Descontos 147,00	
			Líquido a Receber 903,00		
Salário Contratual 1.050,00	Base de Cálculo do INSS 1.050,00	Base de Cálculo do FGTS 1.050,00	FGTS 84,00	FGTS Contribuição Social	Base de Cálculo do IRRF

Certificamos que o


Material

Serviço

deste documento foi recebido e conferido.

 _____
 Assinatura

1618886424
 Matrícula

 _____
 Assinatura

1615903639
 Matrícula

192

**Comprovante de transferência entre contas da CAIXA - TEV**

Via Internet Banking CAIXA

Emitente:	ASSOCIACAO DOS SURDOS DE CONTAGE
Conta origem:	0893 / 003 / 00004717-2
Conta destino:	0893 / 013 / 00061801-0

Nome destinatário:	EDNA FATIMA DE O DINIS
Valor:	R\$ 903,00
Identificação da operação:	PAG SAL ABRIL 2019

Data de débito:	03/05/2019
Data/hora da operação:	03/05/2019 09:31:49

Código da operação:	00135417
Chave de segurança:	21USKNGX54EZJRN5

DEBITO REALIZADO COM SUCESSO. A PREVISAO DO CREDITO NA CONTA DESTINO E DE 30 MINUTOS.
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 D
 CNPJ/CEI: 26.047.928/0001-15
 Empresa: RUA R.S.O DO FRADO 195
 Período: De 26/03/2019 a 25/04/2019
 Lotação: 002 CUIDADORAS
 CTPS: 00000012062/00057
 Empregado: 000450 EDNA PATRIMA DE OLIVEIRA DINIZ
 Cargo: CUIDADOR

Dia	Prorrogação				Assinatura/Justificativa		
	E1	S1	E2	S2	E	S	
26	7 01	11 17	13 01	17 20			<i>[Signature]</i>
27	6 58	11 15	13 03	17 15			<i>[Signature]</i>
28	7 03	11 20	12 58	17 18			<i>[Signature]</i>
29	7 01	11 18	12 55	17 20			<i>[Signature]</i>
30	---	---	---	---			Sábado
31	---	---	---	---			Domingo
01	6 58	11 15	13 01	17 15			<i>[Signature]</i>
02	7 01	11 19	12 59	17 20			<i>[Signature]</i>
03	7 03	11 20	13 03	17 15			<i>[Signature]</i>
04	6 58	11 18	13 01	17 18			<i>[Signature]</i>
05	7 01	11 20	12 59	17 20			<i>[Signature]</i>
06	---	---	---	---			Sábado
07	---	---	---	---			Domingo
08	Atestado						
09	Atestado						
10	7 01	11 20	13 01	17 15			<i>[Signature]</i>
11	7 03	11 18	12 59	17 20			<i>[Signature]</i>
12	Feriado						
13	---	---	---	---			Sábado
14	---	---	---	---			Domingo
15	7 03	11 15	13 03	17 18			<i>[Signature]</i>
16	7 01	11 18	13 01	17 20			<i>[Signature]</i>
17	6 58	11 20	12 58	17 15			<i>[Signature]</i>
18	Feriado						
19	Feriado						
20	---	---	---	---			Sábado
21	---	---	---	---			Domingo
22	7 03	11 15	13 01				<i>[Signature]</i>
23	7 01	11 20	12 59				<i>[Signature]</i>
24	ATESTADO						
25	ATESTADO						

[Signature]
Assinatura do Empregado



E.M. D. BABITA CAMARGOS
 Nádia Lídia Guimarães Valadares
 Psicóloga - R. 1902 de Dona Cecília

Atesto que o Sr. (a): **EDNA FATIMA DE OLIVEIRA DINIZ**

() 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 atestado não é válido como exame médico admissional, demissional ou periódico para fins da legislação de segurança e saúde do trabalhador. Vide portaria nº24/94 e NR nº07, do Ministério do Trabalho.)

() Compareceu nesta data para consulta/exame, tendo permanecido na Clínica no período de _____ às _____ horas.

() Necessita permanecer afastado por 02 dias a partir de 08/04/2019, por motivo de doença CID M70.6 (Este atestado é válido para finalidades previstas nos artigos 71 e 72, parágrafo 1º do decreto 3048/99 e será expedido para justificar o afastamento do trabalho de 01 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).

Contagem, 08/04/2019 11:05:18

M. LUCIANO DE OLIVEIRA
CRM-MG 35168
TECF - 11620

Assinatura/Carimbo Médico



Prefeitura Municipal de Contagem
Secretaria Municipal de Saúde
ATESTADO



Atesto que o(a) Sr(a) Edna Fátima Oliveira Diniz
portador da Carteira Profissional nº _____
e Carteira de Identidade nº _____

Não apresenta ao exame clínico de rotina realizada 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 03 (três) dias, a partir de 24/04/19 por motivo de doença CID. _____ (a pedido do paciente). (Este atestado é válido p/ 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 com a 15 dias).

Deverá afastar-se do trabalho no período de _____ dias, apartir de _____ conforme o dispositivo no inciso XVII, art. 7º, capítulo II, título II da Constituição Federal de 05/10/88. (Licença - maternidade).

URA SEUL
Tel (31) 3352-5121
Joaquim Camargo

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	
<u>24/04/19</u>	 	