


Recibo de Pagamento (Folha de Pagamento)				Data e Assinatura	
Empregador ASSOCIACAO DOS SURDOS DE CONTAGE		Inscrição CNPJ: 26.047.928/0001-15	Admissão 19/02/2019	Competência Novembro de 2019	
Empregado 000520 ANDREMARA DE OLIVEIRA EVANGEL XAVIER		Carro CUIDADOR	Lotação CUIDADORAS		
PIS 20088251246	Banco	Agência	Conta	Tipo de Conta	
Discriminação das Verbas					
Cod.	Descrição	Referência	Provento	Desconto	
010	Salário-Família	2 cota(s)	93,08		
011	Salário-Base	30 dia(s)	1.103,24		
310	INSS	8%		88,25	
320	Vale-Transporte	6%		66,19	
918	Contribuição Negocial			22,06	
			Total de Proventos 1.196,32	Total de Descontos 176,50	
			Líquido a Receber 1.019,82		
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 CONTAGE		Inscrição CNPJ: 26.047.928/0001-15	Admissão 19/02/2019	Competência Novembro de 2019	
Empregado 000520 ANDREMARA DE OLIVEIRA EVANGEL XAVIER		Carro CUIDADOR	Lotação CUIDADORAS		
PIS 20088251246	Banco	Agência	Conta	Tipo de Conta	
Discriminação das Verbas					
Cod.	Descrição	Referência	Provento	Desconto	
010	Salário-Família	2 cota(s)	93,08		
011	Salário-Base	30 dia(s)	1.103,24		
310	INSS	8%		88,25	
320	Vale-Transporte	6%		66,19	
918	Contribuição Negocial			22,06	
			Total de Proventos 1.196,32	Total de Descontos 176,50	
			Líquido a Receber 1.019,82		
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

MG15903639
Matrícula


Assinatura

MG18886424
Matrícula

200

**TEV Enviada**

Via Internet Banking CAIXA

Conta origem: 0893 / 003 / 00004717-2**Conta destino:** 0893 / 013 / 00073137-2**Nome destinatário:** ANDREMARA DE OLIVEIRA E XAVIER**Quantidade de vezes:****Valor:** R\$ 1.019,82**Data de débito:** 04/12/2019**Data/hora da operação:** 04/12/2019 15:09:21**Código da operação:** 041509**Chave de segurança:** W5T8W3LMT6TFK84X

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	CNPJ/CEI: 26.047.928/0001-15
Endereço: RUA RISO DO PRADO, 198	Período: De 26/10/2019 a 25/11/2019
Atividade:	Lotação: 002 CUIDADORAS
Empregado: 000520 ANDREMARA DE OLIVEIRA EVANGEL XAVIER	Cargo: CUIDADOR
CTPS: 00006237248/00010	

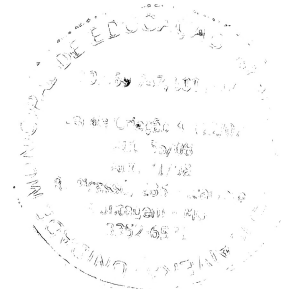
Observações:
REFERENTE AO MÊS 11/2019

Dia	E1	S1	E2	S2	Prorrogação		Assinatura/Justificativa
					E	S	
26	---	---	---	---			Sábado
27	---	---	---	---			Domingo
28	7:00	11:24	13:00	17:24			Andremara de O. Evangel Xavier
29	06:58	11:23	13:02	17:23			Andremara de O. Evangel Xavier
30	7:02	11:24	13:00	17:24			Andremara de O. Evangel Xavier
31	7:01	11:22	13:01	17:22			Andremara de O. Evangel Xavier
01	decbreção de dispensa (direção escolar)						Andremara de O. Evangel Xavier
02	---	---	---	---			Sábado
03	---	---	---	---			Domingo
04	06:58	11:23	12:59	17:23			Andremara de O. Evangel Xavier
05	7:02	11:24	12:58	17:23			Andremara de O. Evangel Xavier
06	7:00	11:22	13:00	17:24			Andremara de O. Evangel Xavier
07	7:00	11:24	13:01	17:24			Andremara de O. Evangel Xavier
08	06:57	11:23	12:59	17:22			Andremara de O. Evangel Xavier
09	---	---	---	---			Sábado
10	---	---	---	---			Domingo
11	7:03	11:24	13:01	17:24			Andremara de O. Evangel Xavier
12	7:00	11:22	13:03	17:24			Andremara de O. Evangel Xavier
13	7:00	11:23	13:00	17:23			Andremara de O. Evangel Xavier
14	7:01	11:22	12:59	17:21			Andremara de O. Evangel Xavier
15		feriado					Andremara de O. Evangel Xavier
16	---	---	---	---			Sábado
17	---	---	---	---			Domingo
18	7:00	11:24	12:57	17:22			Andremara de O. Evangel Xavier
19	6:59	11:24	12:57	17:23			Andremara de O. Evangel Xavier
20		feriado					Andremara de O. Evangel Xavier
21	7:02	11:23	13:00	17:24			Andremara de O. Evangel Xavier
22	7:00	11:22	13:10	17:24			Andremara de O. Evangel Xavier
23	---	---	---	---			Sábado
24	---	---	---	---			Domingo
25	7:04	11:24	13:00	17:23			Andremara de O. Evangel Xavier

Andremara de Oliveira Evangel Xavier
Assinatura do Empregado



UMEI ICAIVERA
Erica Fabiana Beltrão Pereira
Diretora 25599-8
Ato Adm. 12211 - Pub 21/01/2016





UNIDADE MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO INFANTIL CEMEI ICAIVERA
Rua Picasso, 285 – Icaivera – CEP: 32055-270.
Fone/Fax – 33526571 - Contagem/MG
LEI DE CRIAÇÃO 4.122/07

202

Contagem, 26 de novembro de 2019.

Ofício: Nº 25/19

A/C: Associação dos Surdos de Contagem

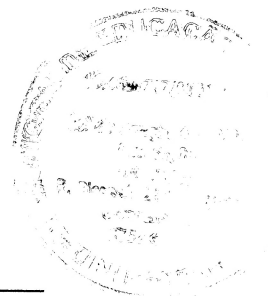
Prezados,

Informo que no dia 01 de novembro de 2019, autorizei Adremara De Oliveira Evangel Xavier, a se ausentar do trabalho, pois a mesma já veio trabalhar para compensar este dia no sábado 05 de Outubro, em que houve em nossa instituição um sábado letivo com uma gincana para as famílias e sua presença era muito importante.

Sem mais para o momento,

Érica Fabiana Beltrão Pereira
Dirigente Escolar

UMEI ICAIVERA
Erica Fabiana Beltrão Pereira
Diretora 25599-8
Ato Adm. 12211 - Pub 21/01/2016



ATENCIOSAMENTE,
A DIREÇÃO.

Aprimorar

CLÍNICA MULTIDISCIPLINAR

Rua Acape, 45, Novo Eldorado - Contagem-MG

CEP. 32341-320 | (31) 3391-1077

clinica@aprimorar.com.br | www.clinicaaprimorar.com.br

Atendimento: Segunda a Sexta de 7:30h às 20h

Sábado de 7:30h às 13h.

ATESTADO

Atesto que o(a) Sr.(a): Andremara de Oliveira Xavier

Compareceu nesta data para consulta/exame, tendo permanecido na Clínica no período de 13:00 às 14:00 horas.

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

Necessita permanecer afastado do trabalho por _____ dias (_____) a partir de ____/____/____, por motivo de doença CID _____. (Este atestado é válido para finalidade previstas nos artigos 71 a 72, parágrafo 1º do Decreto 3048/99 e será expedido para justificar o afastamento do trabalho de 01 a 15 dias).

Eu, _____
RG: _____ autorizo a inclusão do CID no Atestado Médico.

Assinatura do Cliente

Contagem, 22 / 11 / 19

Assinatura/Carimbo Médico

Izabel Garcia
Fonoaudióloga
CRF nº 13.116/19