

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 000454 FABRICIA FERREIRA DA SILVA SANTOS			Cargo CUIDADOR		Lotação CUIDADORAS	
PIS 20092438401	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		
			Total de Proventos 1.050,00	Total de Descontos 84,00		
			Líquido a Receber 966,00			
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	

209

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 000454 FABRICIA FERREIRA DA SILVA SANTOS			Cargo CUIDADOR		Lotação CUIDADORAS	
PIS 20092438401	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		
			Total de Proventos 1.050,00	Total de Descontos 84,00		
			Líquido a Receber 966,00			
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 MG18986424 Matrícula

Assinatura MG15903639 Matrícula

210

**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:	1529 / 013 / 00004961-2

Nome destinatário:	FABRICIA FERREIRA DA SILVA
Valor:	R\$ 966,00
Identificação da operação:	PAG SAL ABRIL 2019

Data de débito:	03/05/2019
Data/hora da operação:	03/05/2019 09:48:52

Código da operação:	00137243
Chave de segurança:	LHHN96M1YS9FSRKW

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

211

CONTROLE DE FREQUÊNCIA

Empregador: ASSOCIACAO DOS SURDOS DE CONTAGEM ASSOCIAÇÃO DOS SURDOS DE	CNPJ/CEI: 26.047.928/0001-15
Endereço: RUA RISO DO PRADO, 198	Período: De 26/03/2019 a 25/04/2019
Atividade:	Lotação: 002 CUIDADORAS
Empregado: 000454 FABRICIA FERREIRA DA SILVA SANTOS	Cargo: CUIDADOR
	CTPS: 00000017455/00137

Dia					Prorrogação		Assinatura/Justificativa
	E1	S1	E2	S2	E	S	
26	07:00	11:20	13:00	17:24			Fabricia Ferreira da S.S.
27	06:57	11:19	12:57	17:20			Fabricia Ferreira da S.S.
28	06:59	11:22	12:59	17:22			Fabricia Ferreira da S.S.
29	07:02	11:17	13:04	17:23			Fabricia Ferreira da S.S.
30	—	—	—	—			Sábado
31	—	—	—	—			Domingo
01	06:57	11:22	12:55	17:22			Fabricia Ferreira da S.S.
02	07:02	11:20	13:00	17:24			Fabricia Ferreira da S.S.
03	06:59	11:17	13:02	17:20			Fabricia Ferreira da S.S.
04	07:00	11:21	12:55	17:21			Fabricia Ferreira da S.S.
05	07:04	11:23	12:56	17:19			Fabricia Ferreira da S.S.
06	—	—	—	—			Sábado
07	—	—	—	—			Domingo
08	07:05	11:17	13:00	17:20			Fabricia Ferreira da S.S.
09	06:57	11:20	12:59	17:22			Fabricia Ferreira da S.S.
10	06:55	11:22	12:57	17:19			Fabricia Ferreira da S.S.
11	06:59	11:19	13:04	17:23			Fabricia Ferreira da S.S.
12							FERIADO
13	—	—	—	—			Sábado
14	—	—	—	—			Domingo
15	07:00	11:20	13:02	17:24			Fabricia Ferreira da S.S.
16	06:57	11:23	13:05	17:20			Fabricia Ferreira da S.S.
17	06:59	11:19	13:00	17:22			Fabricia Ferreira da S.S.
18	RECESSO						RECESSO
19	FERIADO						FERIADO
20	—	—	—	—			Sábado
21	—	—	—	—			Domingo
22	ATESTADO		ATESTADO				ATESTADO
23	ATESTADO		ATESTADO				ATESTADO
24	ATESTADO		ATESTADO				ATESTADO
25	ATESTADO		ATESTADO				ATESTADO

Fabricia Ferreira da S.S.
Assinatura do Empregado

E. M. GIOVANINI CHIOD
CNPJ: 05.013.707/0001-56
LEI DE CRIAÇÃO Nº 3285/00
PORTARIA DE AUT. Nº 1179/02
RUA DAS PITANGUEIRAS, Nº 02
B. IPÊ AMARELO - CEP: 32051-065
CONTAGEM - TEL: 3352-5790

E. M. GIOVANINI CHIOD
Rosemary Cristina dos Santos Rocha
Vice-diretora - Mat.: 0136879-2
Ato Adm.: 22451 Doc. 08/01/209



Prefeitura Municipal de Contagem
Secretaria Municipal de Saúde
ATESTADO



212

Atesto que o(a) Sr(a)

Fabírcia Ferreira Lima

portador da Carteira Profissional nº _____

e Carteira de Identidade nº _____

Não apresenta ao exame clínico de rotina realizado 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 01 (um) dias, a partir de 22/04/19 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 1100/84 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 1-1

condição e duração no inciso XXII, art. 7º, parágrafo II, alínea 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

22/04/19

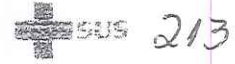
ASSINATURA E CARGO DO RESPONSÁVEL

Dr. Cláudia

CRM 1073



Prefeitura Municipal de Contagem
Secretaria Municipal de Saude
ATESTADO



Atesto que o(a) Sr(a) Fabricia Ferreira de Silva
 portador da Carteira Profissional nº _____
 e Carteira de identidade nº _____

Não apresenta ao exame clínico de rotina realizado 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 _____ as _____ horas.

Necessita permanecer afastado do trabalho por 03 (três) dias, a partir de 23/04/19 por motivo de doença CID. _____ (a pedido do paciente). (Este atestado é válido p/ finalidades previstas no art. 1435 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 no 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 Dr. Pontanna Moldonado Toms EQUIPE N.º 13
 CRP 75073 1985
 R. ST. SANTA VÁNERA DAS FLORES
 TEL. 2052 9388

DATA 23/04/19 ASSINATURA E CRESSINHO DO RESPONSÁVEL _____