

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 000452 ELIZABETH PEREIRA SANTOS SARDINHA			Cargo CUIDADOR		Lotação CUIDADORAS	
PIS 16034381461	Banco	Agência	Conta	Tipo de Conta		
Discriminação das Verbas						
Cod.	Descrição	Referência	Provento	Desconto		
011	Salário-Base	24 dia(s)	840,00			
310	INSS	8%		67,20		
320	Vale-Transporte	6%		46,20		
			Total de Proventos 840,00	Total de Descontos 113,40		
				Líquido a Receber 726,60		
Salário Contratual 1.050,00	Base de Cálculo do INSS 840,00	Base de Cálculo do FGTS 840,00	FGTS 67,20	FGTS Contribuição Social	Base de Cálculo do IRRF	


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 000452 ELIZABETH PEREIRA SANTOS SARDINHA			Cargo CUIDADOR		Lotação CUIDADORAS	
PIS 16034381461	Banco	Agência	Conta	Tipo de Conta		
Discriminação das Verbas						
Cod.	Descrição	Referência	Provento	Desconto		
011	Salário-Base	24 dia(s)	840,00			
310	INSS	8%		67,20		
320	Vale-Transporte	6%		46,20		
			Total de Proventos 840,00	Total de Descontos 113,40		
				Líquido a Receber 726,60		
Salário Contratual 1.050,00	Base de Cálculo do INSS 840,00	Base de Cálculo do FGTS 840,00	FGTS 67,20	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

215

**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 / 00021948-8

Nome destinatário:	ELIZABETH P DOS SANTOS SARDINHA
Valor:	R\$ 726,60
Identificação da operação:	PAG SAL ABRIL 2019

Data de débito:	03/05/2019
Data/hora da operação:	03/05/2019 09:41:59

Código da operação:	00137422
Chave de segurança:	ZWSMLLQ1EK7GTPR2

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

Vasco PINTO

216

CONTROLE DE FREQUÊNCIA

Empregador: ASSOCIACAO DOS SURDOS DE CONTAGEM ASSOCIAÇÃO DOS SURDOS D				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: 000452 ELIZABETH PEREIRA SANTOS SARDINHA				Cargo: CUIDADOR		CTPS: 00001119578/00050	
Dia	E1	S1	E2	S2	Prorrogação		Assinatura/Justificativa
					E	S	
26	07:10	11:24					Elizabeth Pereira Santos Sardinha
27	07:05	11:23					Elizabeth Pereira Santos Sardinha
28	07:06	11:24					Elizabeth Pereira Santos Sardinha
29	07:03	11:22					Elizabeth Pereira Santos Sardinha
30							Sábado
01	07:30	11:22					Elizabeth Pereira Santos Sardinha
02	07:00	11:23					Elizabeth Pereira Santos Sardinha
03	07:05	11:24					Elizabeth Pereira Santos Sardinha
04	07:00	11:24					Elizabeth Pereira Santos Sardinha
05							
06							Sábado
07							Domingo
08							
09							Obs.: licença Médico
10							de 05.04.19 a
11							05.06.2019
12							
13							Sábado
14							Domingo
15							
16							
17							
18							
19							
20							Sábado
21							Domingo
22							
23							
24							
25							

Elizabeth Pereira Santos Sardinha
Assinatura do Empregado

Escola Municipal Vasco Pinto da Fonseca
Pedro Paulo Brandi Pereira Neto
Diretor Escolar - Matrícula: 17112-3

Escola Municipal "Vasco Pinto da Fonseca"
Ensino Fundamental
Lei de Criação - nº 2091/90
Port. de Aut. nº 1558/90-MG - 31/07/90
Port. de Aut. nº 603/95 - MG - 25/05/95
Rua das Palmeiras, 1.500 - Jardim Elderado
CEP 32.310-400 - Fone: 3352-5236
Contagem - MG

CONTROLE DE FREQUENCIA

Empregador: ASSOCIAÇÃO DOS SURDOS DE CONTAGEM ASSOCIAÇÃO DOS SURDOS DE
 Endereço: RUA RISO DO PRADO, 198
 CNPJ/CEI: 26.947.928/0001-15
 Período: De 25/03/2019 a 25/04/2019
 Atividade:
 Lotação: 002 CUIDADORAS
 CTPS: 00001419578/00050

Empregador: 900452 ELIZABETH FERREIRA SANTOS SARDINHA Cargo: CUIDADOR

Dia	E1	S1	E2		S2		Prorrogação		Assinatura/Justificativa
			E	S	E	S	E	S	
26			13:00	17:29					Assinatura Justificativa Elzabete Ferreira Santos Sardinha Elzabete Ferreira Santos Sardinha Elzabete Ferreira Santos Sardinha Elzabete Ferreira Santos Sardinha
27			13:02	17:27					
28			13:01	17:27					
29			13:01	17:27					
01			13:00	17:26				Assinatura Justificativa Elzabete Ferreira Santos Sardinha Elzabete Ferreira Santos Sardinha Elzabete Ferreira Santos Sardinha Elzabete Ferreira Santos Sardinha Elzabete Ferreira Santos Sardinha	
02			13:01	17:26					
03			13:59	17:24					
04			13:03	17:23					
05	L. MEDICA								
08	L. MEDICA								
09	L. MEDICA								
10	L. MEDICA								
11	L. MEDICA								
12	L. MEDICA								
15	L. MEDICA								
16	L. MEDICA								
17	L. MEDICA								
18	L. MEDICA								
19	L. MEDICA								
22	L. MEDICA								
23	L. MEDICA								
24	L. MEDICA								
25	L. MEDICA								

Elzabete Ferreira Santos Sardinha
 Assinatura do Empregado

Adm - 21278998

Antonio Carlos Lemos
 Inscrição nº 1.235 de 02/11/1998
 Inscrição nº 1.500 - Janela L. 110
 13-400 - Contagem - RG



ATESTADO MÉDICO



www.unimedbh.com.br
T.0800 030 3003

218

Atesto que o(a) Sr.(a) Elizabeth Ferreira Santos

1. 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 nº 24/94 e NR nº 07, do Ministério do Trabalho).

2. Compareceu nesta data para consulta/exame, tendo permanecido na unidade no período de 19 às 17 horas. CID A52.5

3. Deverá afastar-se do trabalho no período de _____ (_____) dias, a partir de ____/____/____, conforme o disposto no inciso XVIII, art. 7º, da CF e art.10, II, b, do ADTC. (Licença-Maternidade).

4. Necessita permanecer afastado do trabalho por _____ dias (_____) a partir de ____/____/____ por motivo de doença CID _____, (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 1 a 15 dias).

Eu, _____, RG _____, autorizo a inclusão do CID no atestado médico.

Assinatura do cliente

OBS.: PARA QUE ESTE ATESTADO TENHA VALOR, NÃO DEVE CONTER RASURAS E SOMENTE UM DOS ITENS DE 1 A 4 DEVE ESTAR ASSINALADO.

Data 29.3.19

Assinatura / carimbo do médico

Centro de Promoção da Saúde Unimed - Unidade Contagem: Av. Sabita Camargos, 1.695 - Cidade Industrial - Contagem - CEP 32.210-180



Dr. Antônio de Pádua Auad

CRM 8225

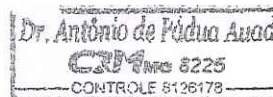
Cardiologia - Eletrocardiograma - Clínica Médica

219

Alto grau de fibrilação
Permanente também variável nos pontos analisados nos
pequenos e 10 (dez) seg, a partir deste e depois,
em ECG n. 105.2 - ISO.0 - F 41.2.

05-04-17





CONSULTÓRIO:

Rua do Registro, 120 - Centro
Tel.: 7140-0719 / 3398-1789

Contagem/MG

RESIDÊNCIA

Rua Dr. Bernardo Monteiro, 1000
Estância do Hibisco - Tel: 3049-7674

ATESTADO MÉDICO



220

Atesto que o(a) Sr.(a) Elizabete P. S. Sardinha

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 nº 24/94 e MR nº 07, do Ministério do Trabalho).

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

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

Necessita permanecer afastado do trabalho por 60 dias (seguinte maio), a partir de 01/05, por motivo de doença CID F41.2. (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 1 a 15 dias).

Eu, _____ RG _____, autorizo a inclusão do CID no atestado médico.

Belo Horizonte, 08/04/19

Assinatura do Cliente
Assinatura / Carimbo do Médico
Dra. Adriana Maria C. Costa
C.R.P. nº 22695

OBS.: Este atestado perderá valor em caso de rasura e de preenchimento de mais de um campo. Assinale abaixo a unidade do Centro de Promoção da Saúde onde o atendimento será realizado:

- Unidade Barreiro: Av. Olinto Meireles, 380 - Barreiro - Belo Horizonte/MG - CEP: 30640-010
- Unidade Pedro I: Av. Pedro I, 2.840 - Planalto - Belo Horizonte/MG - CEP: 31720-000
- Unidade Santa Efigênia: Av. Churchill, 36 - Santa Efigênia - Belo Horizonte/MG - CEP: 30260-080
- Unidade Betim: Praça Milton Campos, 33 - Centro - Betim/MG - CEP: 32600-134
- Unidade Contagem: Av. Babita Camargos, 1695 - Cidade Industrial - Contagem/MG - CEP: 32210-180
- Unidade Conceição do Mato Dentro: Av. Juscelino Kubitschek, 401 - Centro - Conceição do Mato Dentro/MG - CEP: 35860-000

(31) 4020-4020 • www.unimedbh.com.br





PREVIDÊNCIA SOCIAL
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

REQUERIMENTO DE BENEFÍCIO POR INCAPACIDADE

Nome ELIZABETH PEREIRA SANTOS SARDINHA		Data de Nascimento 19/02/1971	Nacionalidade BRASILEIRA
Endereço RUA DOUTOR FRANCISCO SALES			Nº 234
Complemento		Bairro CENTRO	
Cidade CONTAGEM		Estado MG	CEP 32017210
Sexo <input type="checkbox"/> Masc <input checked="" type="checkbox"/> Fem.		Doc. Inscrição (Nº e Série)	
Estado Civil <input type="checkbox"/> Solteiro <input checked="" type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Desquitado/Divorciado		Tem outra atividade com vinculação à previdência social? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	

Assinatura : _____

Nome do Procurador ou Curador	
Endereço	

ATESTADO DE AFASTAMENTO DO TRABALHO

Empresa: ASSOCIACAO DOS SURDOS DE CONTAGEM		Nº CNPJ 26.047.928/0001-15
Endereço: R RISO DO PRADO		Nº 198
Complemento:		Bairro: ELDORADO
Cidade: CONTAGEM	Estado MG	CEP 32.310-410
Último dia de trabalho do segurado 04/04/2019	Afastado por: <input checked="" type="checkbox"/> Doença <input type="checkbox"/> Acidente de trabalho <input type="checkbox"/> Férias	

Dependentes para Salário Família

Prenome dos filhos	Data Nasc.	Prenome dos filhos	Data Nasc.

Localidade : CONTAGEM Data: 04/04/2019

Assinatura do responsável e carimbo da Empresa

Instruções

1. O requerimento deve ser preenchido sem rasuras e preferencialmente à máquina
2. No caso de segurado empregado, a empresa é responsável pelo preenchimento do Atestado de Afastamento do Trabalho
3. No mês do afastamento do trabalho se a empresa efetuar o pagamento integral do Salário Família, o INSS fará o mesmo no mês da cessação do benefício, evitando-se assim, cálculo de valores fracionados