

Recibo de Pagamento (Folha de Pagamento)			Data e Assinatura		
Empregador ASSOCIAÇÃO DOS SURDOS DE CONTAGE			CNPJ/CEI 26.047.928/0001-15	Admissão 18/02/2019	Competência Abril de 2019
Empregado 000458 GILDOVANE FERREIRA FOSS			Carro CUIDADOR	Lotação CUIDADORAS	
PIS 12419861525	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

231

Recibo de Pagamento (Folha de Pagamento)			Data e Assinatura		
Empregador ASSOCIAÇÃO DOS SURDOS DE CONTAGE			CNPJ/CEI 26.047.928/0001-15	Admissão 18/02/2019	Competência Abril de 2019
Empregado 000458 GILDOVANE FERREIRA FOSS			Carro CUIDADOR	Lotação CUIDADORAS	
PIS 12419861525	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

MG18886424  
 Matrícula

  
 Assinatura

MG15903639  
 Matrícula

232

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

Via Internet Banking CAIXA

<b>Emitente:</b>	ASSOCIACAO DOS SURDOS DE CONTAGE
<b>Conta origem:</b>	0893 / 003 / 00004717-2
<b>Conta destino:</b>	0085 / 013 / 00187656-8

<b>Nome destinatário:</b>	GILDOVANE FERREIRA FOSS
<b>Valor:</b>	R\$ 903,00
<b>Identificação da operação:</b>	PAG SAL ABRIL 2019

<b>Data de débito:</b>	03/05/2019
<b>Data/hora da operação:</b>	03/05/2019 09:56:39

<b>Código da operação:</b>	00137975
<b>Chave de segurança:</b>	F8JH90W8RH37LZLS

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: ASSOCIACAO DOS SURDOS DE CONTAGEM ASSOCIAÇÃO DOS SURDOS D  
 Endereço: RUA RISO DO PRADO, 198  
 Atividade:  
 Empregado: 000458 GILDOVANE FERREIRA FOSS  
 CNPJ/CEI: 26.047.928/0001-15  
 Período: De 26/03/2019 a 25/04/2019  
 Lotação: 002 CUIDADORAS  
 CTPS: 00000067547/00060  
 Cargo: CUIDADOR

Dia					Prorrogação		Assinatura/Justificativa
	E1	S1	E2	S2	E	S	
26	7:00	11:26	13:03	17:27			Gildivane Ferreira Foss
27	7:05	11:28	13:01	17:24			Gildivane Ferreira Foss
28	7:09	11:24	13:00	17:26			Gildivane Ferreira Foss
29	7:03	11:25	13:04	17:25			Gildivane Ferreira Foss
30							Sábado
31							Domingo
01	7:00	11:26	13:01	17:25			Gildivane Ferreira Foss
02	7:04	11:24	13:03	17:28			Gildivane Ferreira Foss
03	7:02	11:28	13:00	17:24			Gildivane Ferreira Foss
04	7:03	11:27	13:02	17:26			Gildivane Ferreira Foss
05	7:05	11:25	13:04	17:27			Gildivane Ferreira Foss
06							Sábado
07							Domingo
08	7:01	11:26	13:00	17:28			Gildivane Ferreira Foss
09	7:04	11:28	13:02	17:25			Gildivane Ferreira Foss
10	7:00	11:24	13:05	17:27			Gildivane Ferreira Foss
11	7:03	11:25	13:03	17:24			Gildivane Ferreira Foss
12							Feriado
13							Sábado
14							Domingo
15	7:00	11:25	13:02	17:27			Gildivane Ferreira Foss
16	7:02	11:27	13:00	17:25			Gildivane Ferreira Foss
17							Atestado médico
18							Repouso
19							Feriado
20							Sábado
21							Domingo
22	7:02	11:27	13:05	17:25			Gildivane Ferreira Foss
23							Atestado médico
24	7:04	11:25	13:02	17:26			Gildivane Ferreira Foss
25	7:00	11:28	13:00	17:24			Gildivane Ferreira Foss

Gildivane Ferreira Foss  
 Assinatura do Empregado



Maria Aparecida Diniz Xisto  
 DIRETORA DE ESCOLA MUNICIPAL  
 Nº da Matrícula: 0106263-4



PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE

ATESTADO MÉDICO / ODONTOLÓGICO

ATESTO QUE O(A) SR(A) Gilvane Ferreira Foss

PORTADOR DA CARTEIRA PROFISSIONAL Nº \_\_\_\_\_

E CARTEIRA DE IDENTIDADE Nº MG 6.340.218

NÃO APRESENTA AO EXAME CLÍNICO DE ROTINA REALIZADO NESTA DATA SINAIS DE DOENÇAS INFECTO - CONTAGIOSAS DE ALTERAÇÕES EVIDENTES DE ÓRGÃOS DOS SENTIDOS OU VICIOS DE CONFORMAÇÃO FÍSICA. DURANTE A ENTREVISTA NÃO EVIDENCIOU SINAIS DE DÉFICIT OU DOENÇA NEURO - PSIQUIÁTRICA. (ESTE ATESTADO NÃO É VÁLIDO COMO EXAME MÉDICO ADMISSIONAL, OU PERIÓDICO PARA FINS DA LEGISLAÇÃO DE SEGURANÇA E SAÚDE DO TRABALHADOR, VIDE PORTARIA Nº 24 DE 28/12/94 DO MINISTÉRIO DO TRABALHO).

NECESSITA PERMANECER AFASTADO DO TRABALHO POR 1 DIA(S), A PARTIR DE 27.09.19 POR MOTIVO DE DOENÇA CID \_\_\_\_\_ (A PEDIDO DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL LEGAL).

DEVERÁ AFASTAR SE DO TRABALHO NO PERÍODO DE \_\_\_\_\_ DIAS, A PARTIR DE \_\_\_\_\_ CONFORME O DISPOSTO NO INCISO XVII, ART. 7º, CAPÍTULO II, TÍTULO II DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988 (LICENÇA - MATERNIDADE).

OBSERVAÇÃO

ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA FINALIDADES PREVISTAS NO DECRETO 2040 DE 20/05/1999 DA REGULAMENTAÇÃO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL, NA RESOLUÇÃO CFM 1554/2002 E NA LEI Nº 5081 DE 24/08/1966 QUE REGULA O EXERCÍCIO DA ODONTOLOGIA NO BRASIL, ALTERADA NA LEI 5215 DE 30/06/1975.

ESTE ATESTADO PERDERÁ O VALOR EM CASO DE RASURA

UNIDADE DE SAÚDE C.S. São XXIII

DATA 17.09.19

CARIMBO DO MÉDICO - CRM / ODONTÓLOGO - CRO  
Dr. Gilvane Ferreira Foss  
CRM 78595

SAIA - COPIAR - ONE





ATESTADO QUE O(A) SR(A) Gildomene Ferreira Foss

PORTADOR DA CARTEIRA PROFISSIONAL Nº \_\_\_\_\_

E CARTEIRA DE IDENTIDADE Nº \_\_\_\_\_

NÃO APRESENTA AO EXAME CLINICO 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 - PSQUIÁTRICA. (ESTE ATESTADO NÃO É VALIDO COMO EXAME MÉDICO ADMISSIONAL, OU PERIÓDICO PARA FINS DA LEGISLAÇÃO DE SEGURANÇA E SAÚDE DO TRABALHADOR, VIDE PORTARIA Nº 24 DE 29/12/94 DO MINISTÉRIO DO TRABALHO).

NECESSITA PERMANECER AFASTADO DO TRABALHO POR 01 ( um ) DIAS, A PARTIR DE 23/04/19 POR MOTIVO DE DOENÇA CID. D22-9 (A PEDIDO DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL LEGAL).

DEVERÁ AFASTAR-SE DO TRABALHO NO PERÍODO DE \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) DIAS, A PARTIR DE \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

CONFORME O DISPOSTO NO INCISO XVII, ART. 7º, CAPÍTULO II, TÍTULO II DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 05/10/88 (LICENÇA - MATERNIDADE)

OBSERVAÇÃO

ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA FINALIDADES PREVISTAS NO DECRETO 3040 DE 06/05/1999 DA REGULAMENTAÇÃO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL, NA RESOLUÇÃO CFM 1658/2002 E NA LEI Nº 5081 DE 24/08/1966 QUE REGULA O EXERCÍCIO DA ODONTOLOGIA NO BRASIL, ALTERADA NA LEI 6215 DE 30/06/1975.

ESTE ATESTADO PERDERÁ O VALOR EM CASO DE RASURA

UNIDADE DE SAÚDE

URS Campos Sales - SMSA-SUB

DATA

23/04/19

CARIMBO DO MÉDICO - CRM / ODONTÓLOGO - CRO

*[Handwritten Signature]*

*[Professional Stamp]*

SAAA-03001036 - G/GE