

Recibo de Pagamento (Folha de Pagamento)			Data e Assinatura ____/____/____			
Empregador ASSOCIACAO DOS SURDOS DE CONTAGE			CNPJ/CEI 26.047.928/0001-15		Admissão 21/02/2019	Competência Abril de 2019
Empregado 000525 GLAUCENIZE OLIVEIRA PINHO			Cargo CUIDADOR		Lotação CUIDADORAS	
PIS 20934385240	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	


239

Recibo de Pagamento (Folha de Pagamento)			Data e Assinatura ____/____/____			
Empregador ASSOCIACAO DOS SURDOS DE CONTAGE			CNPJ/CEI 26.047.928/0001-15		Admissão 21/02/2019	Competência Abril de 2019
Empregado 000525 GLAUCENIZE OLIVEIRA PINHO			Cargo CUIDADOR		Lotação CUIDADORAS	
PIS 20934385240	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

MG 18886424
 Matrícula


 Assinatura

MG 15903639
 Matrícula

240

**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:	0536 / 013 / 00028162-6

Nome destinatário:	GLAUCENIZE OLIVEIRA PINHO
Valor:	R\$ 903,00
Identificação da operação:	PAG SAL ABRIL 2019

Data de débito:	03/05/2019
Data/hora da operação:	03/05/2019 10:06:19

Código da operação:	00138197
Chave de segurança:	GSX18PWU9T5CC8V8

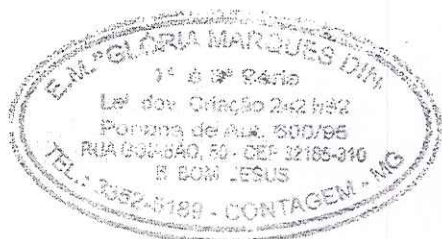
DEBITO REALIZADO COM SUCESSO. A PREVISAO DO CREDITO NA CONTA DESTINO E DE 30 MINUTOS.
SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

CONTROLE DE FREQUÊNCIA

Empregador: ASSOCIAÇÃO DOS SURDOS DE CONTAGEM ASSOCIAÇÃO DOS SURDOS D					CNPJ/CEI: 26.047.928/0001-15		
Endereço: RUA RISO DO PRADO, 198					Período: De 26/03/2019 a 25/04/2019		
Atividade:					Lotação: 002 CUIDADORAS		
Empregado: 000525 GLAUCENIZE OLIVEIRA PINHO				Cargo: CUIDADOR		CTPS: 00004586242/00030	
Dia	E1	S1	E2	S2	Prorrogação		Assinatura/Justificativa
					E	S	
26	Atestado Médico						
27	07:01	11:24	13:00	17:20			Pinho
28	07:02	11:20	13:03	17:25			Pinho
29	07:00	11:23	13:02	17:23			Pinho
30							Sábado
31							Domingo
01	07:00	11:20	13:00	17:24			Pinho
02	07:01	11:23	13:01	17:23			Pinho
03	07:02	11:23	13:03	17:21			Pinho
04	07:03	11:24	13:00	17:20			Pinho
05	Atestado Médico						
06							Sábado
07							Domingo
08	07:00	11:20	13:01	17:22			Pinho
09	07:01	11:23	13:02	17:24			Pinho
10	Atestado Médico						
11	Atestado Médico						
12	Feriado						
13							Sábado
14							Domingo
15	07:00	11:24	13:01	17:25			Pinho
16	07:01	11:23	13:00	17:26			Pinho
17	07:02	11:20	13:02	17:20			Pinho
18	Recesso						
19	Feriado						
20							Sábado
21							Domingo
22	07:00	11:24	13:01	17:25			Pinho
23	07:01	11:20	13:02	17:24			Pinho
24	07:02	11:23	13:00	17:26			Pinho
25	07:03	11:30	13:03	17:23			Pinho

Pinho

Assinatura do Empregado



Heliodora de O. Silvério
 E.M. "GLORIA MARQUES DINIZ"
 Heliodora de O. Silvério
 VICE DIRETORA MATR. 1275913



UNIDADE CONTAGEM

BABETA CAMARGOS, 1695, CIDADE INDUSTRIAL, CONTAGEM

242

Nome do paciente: GLAUCENIZE OLIVEIRA PINHO	Nº Pront.: 0002180937	Nº Atend. 29472175
Data de Nascimento: 25/09/1978 Idade: 40 Anos 6 Meses 0 Dia	Convênio: UNIMED BH	Leito:
Nome da mãe: NEZIR DE OLIVEIRA PINHO	Setor:	
Profissional: RENATA ALVES CAMPOS	Data Assinatura: 25/03/2019 10:43:03	

ATESTADO MÉDICO

Atesto que o (a) Sr. (a) GLAUCENIZE OLIVEIRA PINHO necessita permanecer afastado por 02 DOIS dias a partir de 25/03/2019 por razões médicas. CID A90.

(Este atestado é válido para as finalidades previstas nos artigos 71 e 72, parágrafo 1ª do Decreto 3048/99, e será expedido para justificar o afastamento do trabalho de 1 a 15 dias).

Eu, GLAUCENIZE OLIVEIRA PINHO, RG M8164572, autorizo a inclusão do CID no atestado médico.

GLAUCENIZE OLIVEIRA PINHO

GLAUCENIZE OLIVEIRA PINHO

Renata Alves Campos
 Médico
 CRM- 32434

Assinatura e Carimbo

Impresso em: 25/03/2019 10:43 Criado por: RENATA ALVES CAMPOS

CRM- :32434

ANS Nº 34.368-9

Nome do paciente: GLAUCENIZE OLIVEIRA PINHO

Nº Pront.: 0002180937

Nº Atend. 29617653

243

Data de Nascimento: 25/09/1978 Idade: 40 Anos 6 Meses 11 Dias

Convênio: UNIMED BH

Leito:

Nome da mãe: NEZIR DE OLIVEIRA PINHO

Setor:

Profissional: ALEXANDRE ABREU ALVARES DA SILVA

Data Assinatura: 05/04/2019 15:19:48

ATESTADO MÉDICO

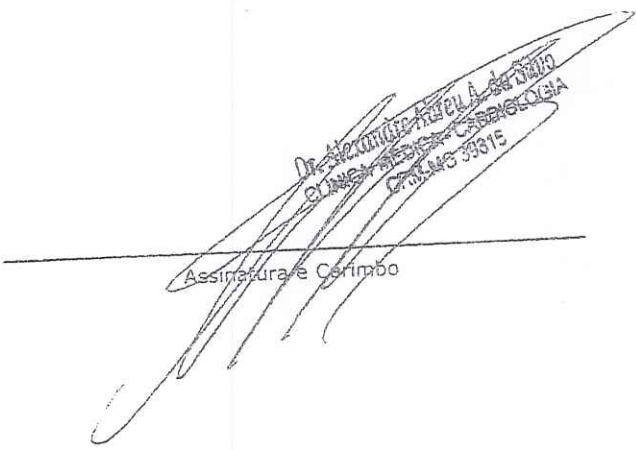
Atesto que o (a) Sr. (a) GLAUCENIZE OLIVEIRA PINHO necessita permanecer afastado por 01 dias a partir de 05/04/2019 por razões médicas. CID Z000.

(Este atestado é válido para as finalidades previstas nos artigos 71 e 72, parágrafo 1ª do Decreto 3048/99, e será expedido para justificar o afastamento do trabalho de 1 a 15 dias).

Eu, GLAUCENIZE OLIVEIRA PINHO, RG M8164572, autorizo a inclusão do CID no atestado médico.



GLAUCENIZE OLIVEIRA PINHO


Assinatura e Carimbo

Nome do paciente: GLAUCENIZE OLIVEIRA PINHO

Nº Pront.: 0002180937

Nº Atend. 29673654

244

Data de Nascimento: 25/09/1978 Idade: 40 Anos 6 Meses 16 Dias

Convênio: UNIMED BH

Nome da mãe: NEZIR DE OLIVEIRA PINHO

Setor:

Leito:

Profissional: TATIANA CAIXETA BARBOZA


Data Assinatura: 10/04/2019 16:20:22

ATESTADO MÉDICO

Atesto que o (a) Sr. (a) GLAUCENIZE OLIVEIRA PINHO necessita permanecer afastado por 2 dias a partir de 10/04/2019 por razões médicas. CID J108.

(Este atestado é válido para as finalidades previstas nos artigos 71 e 72, parágrafo 1ª do Decreto 3048/99, e será expedido para justificar o afastamento do trabalho de 1 a 15 dias).

Eu, GLAUCENIZE OLIVEIRA PINHO, RG M8164572, autorizo a inclusão do CID no atestado médico.



GLAUCENIZE OLIVEIRA PINHO


Dra. Tatiana C. Barboza
MÉDICA
CRM-MG 40527

Assinatura e Carimbo