

Recibo de Pagamento (Folha de Pagamento)			Data e Assinatura			
Empregador ASSOCIACAO DOS SURDOS DE CONTAGE			Inscrição CNPJ: 26.047.928/0001-15		Admissão 18/02/2019	Competência Julho 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	1 dia(s)	35,00			
310	INSS	8%		2,80		
320	Vale-Transporte	6%		2,10		
			Total de Proventos 35,00	Total de Descontos 4,90		
				Líquido a Receber 30,10		
Salário Contratual 1.050,00	Base de Cálculo do INSS 35,00	Base de Cálculo do FGTS 35,00	FGTS 2,80	FGTS Contribuição Social	Base de Cálculo do IRRF	

247

Recibo de Pagamento (Folha de Pagamento)			Data e Assinatura			
Empregador ASSOCIACAO DOS SURDOS DE CONTAGE			Inscrição CNPJ: 26.047.928/0001-15		Admissão 18/02/2019	Competência Julho 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	1 dia(s)	35,00			
310	INSS	8%		2,80		
320	Vale-Transporte	6%		2,10		
			Total de Proventos 35,00	Total de Descontos 4,90		
				Líquido a Receber 30,10		
Salário Contratual 1.050,00	Base de Cálculo do INSS 35,00	Base de Cálculo do FGTS 35,00	FGTS 2,80	FGTS Contribuição Social	Base de Cálculo do IRRF	

Certificamos que o

Material
 Serviço

deste documento foi recebido e conferido.

[Assinatura]

Assinatura

[Assinatura]

Assinatura

[Assinatura]

Assinatura

[Assinatura]

Assinatura

248

**TEV Enviada**

Via Internet Banking CAIXA

Conta origem:	0893 / 003 / 00004717-2
Conta destino:	1529 / 013 / 00021948-8

Nome destinatário:	ELIZABETH P DOS SANTOS SARDINHA
Quantidade de vezes:	
Valor:	R\$ 30,10

Data de débito:	02/08/2019
Data/hora da operação:	02/08/2019 11:10:36

Código da operação:	021110
Chave de segurança:	W5CHFWCE2ZLP0CZH

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



ASSOCIAÇÃO DOS SURDOS DE CONTAGEM
Fundada em 25 de Novembro de 1988 - CNPJ: 26.047.928/0001-15
Declarada de Utilidade Pública; Lei N° 2.112 de 28 de Agosto de 1990.
Declarada de Utilidade Pública; Lei N.º 15.001 de 14 de Janeiro de 2004
Filiada à Federação Mineira Desportiva dos Surdos - FMDS
Sede própria: Rua Riso do Prado, 198 Bairro Jardim Eldorado
CEP: 32.310-410 - Contagem - Minas Gerais
LIBRAS Oficial - Lei N° 10.436 de 24 de Abril de 2002

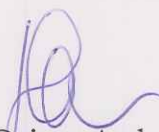
249

JUSTIFICATIVA

Justificamos para os devidos fins, que foi pago 1 (um) dia à funcionária Elizabeth Pereira Santos Sardinha, visto que a mesma se encontrava de licença médica desde 08/04 e o seu retorno se daria no dia 30/07/2019. Como no dia 30/07 e 31/07 a mesma não compareceu e somente apresentou outro atestado no dia 01/08/2019 (15 dias), esses dias serão descontados no contra-cheque referente ao mês de Agosto/2019.

Atenciosamente,

Contagem 09 de Agosto de 2019.


Deison Andrade
Presidente da ASC

26.047.928/0001-15
ASSOCIAÇÃO DOS SURDOS DE CONTAGEM
Rua Riso do Prado, 198
Eldorado - CEP 32310-410
CONTAGEM - MG

250

ATESTADO MÉDICO



Atesto que o(a) Sr.(a) Elizabeth 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 NR 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 (uma hora), a partir de 08/04, por motivo de doença CID F41.1. (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

Dr. Mariana Maria C. Costa
Assinatura / Carimbo do Médico

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. Ovídio Meneses, 980 - Barreiro - Belo Horizonte/MG - CEP: 30640-010
- Unidade Pedro I: Av. Pedro I, 2.840 - Pinalto - Belo Horizonte/MG - CEP: 31720-000
- Unidade Santa Efigênia: Av. Churchill, 15 - Santa Efigênia - Belo Horizonte/MG - CEP: 30260-080
- Unidade Betim: Praça Milton Campos, 83 - Centro - Betim/MG - CEP: 32600-134
- Unidade Contagem: Av. Babiá 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: 35660-000

(11) 4020-4020 - www.unimedbh.com.br



**INSS - INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL**

Página 1 de 1

251

Comunicação de Decisão

30/05/2019 13:01:33

NIT: 160.34381.46-1

Número do Benefício: 627.646.468-0

Espécie: 31

Número do Requerimento: 195949991

Ao Sr. (a): ELIZABETH PEREIRA SANTOS SARDINHA

Endereço: DOUTOR FRANCISCO SALES, 234, CENTRO

CEP: 32.017-210

Município: CONTAGEM

UF: MG

Assunto: Solicitação de Prorrogação de Benefício por Incapacidade.

Decisão: Deferimento do Pedido

Motivo: Constatação de Incapacidade Laborativa

Fundamentação Legal: Art. 59 da Lei nº 8.213, de 24/07/1991; Artigos 71 e 77 e § 2º do Art. 78 do Decreto nº 3.048, de 06/05/1999; § 6º do Art. 75 do Decreto nº 3.048/1999, com redação dada pelo Decreto nº 8.691/2016.

Em atenção à sua Solicitação de Prorrogação de Benefício por Incapacidade, apresentada no dia 27/05/2019, informamos que foi reconhecido o direito à prorrogação do benefício. O pagamento do seu benefício será mantido até o dia 29/07/2019. Caso considere o prazo insuficiente, o(a) senhor(a) poderá solicitar prorrogação do benefício, dentro do prazo de 15 dias antes de sua cessação, pelo número de telefone 135 da Central de Atendimento do INSS ou pela internet no endereço eletrônico: meu.inss.gov.br. Caso considere o prazo suficiente, o(a) senhor(a) poderá retornar voluntariamente ao trabalho, não sendo necessário novo exame médico pericial, conforme parágrafo 6º do art. 75 do Decreto nº 3.048/1999, com redação dada pelo Decreto nº 8.691/2016. Desta decisão poderá interpor Recurso, no prazo de 30 dias do recebimento desta comunicação, à Junta de Recurso do Conselho de Recursos do Seguro Social - JR/CRSS, pelo número de telefone 135 da Central de Atendimento do INSS ou pela internet no endereço eletrônico: meu.inss.gov.br.

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS

Agência da Previdência Social: CONTAGEM

Endereço: R BERNARDO MONTEIRO,400 , CENTRO

CEP: 32.017-170

Município: CONTAGEM

UF: MG

Termo de Responsabilidade: Responsabilizo-me, sob as penas do Artigo 171 do Código Penal, pela veracidade da documentação apresentada para a solicitação do benefício acima descrito.
Ciente, 29 de Maio de 2019

Assinatura do Requerente / Representante Legal

Você pode conferir a autenticidade do documento em
<https://meu.inss.gov.br/central/#/autenticidade>
com o código 190530YNWAY617

ATESTADO MÉDICO



Atesto que o(a) Sr(a) Elizabeth P. Santos Saldanha

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).

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.

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).

15 dias (quinze) 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.

01.08.19

Assinatura do Cliente
[Signature]
Assinatura / Carimbo do Médico
[Stamp]

- OBS: Este atestado perderá valor em caso de rasura e de preenchimento de mais de um campo.
- Assine 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, 1.695 - Cidade Industrial - Contagem/MG - CEP: 32230-180
 - Unidade Conceição do Mato Dentro: Av. Juscelino Kubitschek, 401 - Centro - Conceição do Mato Dentro/MG - CEP: 35960-000



(31) 4020-4020 • www.unimedbh.com.br

