

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 000458 GILDOVANE FERREIRA FOSS			Cargo 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

268

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 000458 GILDOVANE FERREIRA FOSS			Cargo 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]

Assinatura

MG15903639

Matrícula

[Assinatura]

Assinatura

MG18886424

Matrícula

269

**TEV Enviada**

Via Internet Banking CAIXA

Conta origem:	0893 / 003 / 00004717-2
Conta destino:	0085 / 013 / 00187656-8

Nome destinatário:	GILDOVANE FERREIRA FOSS
Quantidade de vezes:	
Valor:	R\$ 903,00

Data de débito:	02/08/2019
Data/hora da operação:	02/08/2019 12:02:41

Código da operação:	021202
Chave de segurança:	F6J7EPG1YX4542XQ

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

270

CONTROLE DE FREQUÊNCIA

Empregador: ASSOCIACAO DOS SURDOS DE CONTAGEM ASSOCIAÇÃO DOS SURDOS					CNPJ/CEI: 26.047.928/0001-15		
Endereço: RUA RISO DO PRADO, 198					Período: De 26/06/2019 a 25/07/2019		
Atividade:					Lotação: 002 CUIDADORAS		
Empregado: 000458 GILDOVANE FERREIRA FOSS			Cargo: CUIDADOR		CTPS: 00000067547/00060		
Observações: REFERENTE AO MÊS 07/2019							
Dia	E1	S1	E2	S2	Prorrogação		Assinatura/Justificativa
					E	S	
26	7:00	11:26	13:01	17:27			Gildovane Ferreira Foss
27	7:04	11:24	13:03	17:25			Gildovane Ferreira Foss
28	7:02	11:28	13:00	17:24			Gildovane Ferreira Foss
29							Sábado
30							Domingo
01	7:05	11:27	13:01	17:26			Gildovane Ferreira Foss
02	7:00	11:24	13:05	17:27			Gildovane Ferreira Foss
03	7:03	11:26	13:03	17:24			Gildovane Ferreira Foss
04	7:01	11:28	13:04	17:25			Gildovane Ferreira Foss
05		ATESTADO MEDICO					
06							Sábado
07							Domingo
08	7:04	11:25	13:03	17:27			Gildovane Ferreira Foss
09	7:01	11:27	13:05	17:24			Gildovane Ferreira Foss
10	7:00	11:26	13:01	17:25			Gildovane Ferreira Foss
11	7:03	11:24	13:00	17:28			Gildovane Ferreira Foss
12	7:02	11:28	13:02	17:26			Gildovane Ferreira Foss
13							Sábado
14							Domingo
15							
16							
17							
18			FÉRIAS ESCOLAR				
19							
20							Sábado
21							Domingo
22							
23							
24							
25							

Gildovane Ferreira Foss
Assinatura do Empregado

Manoela Campos Utsch
Vice-diretora
Matrícula: 01373869

Manoela Campos Utsch





ATESTO QUE O(A) SR(A)

Gildone Ferreira Foss

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 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

1 um

DIAS A PARTIR DE *05.07.19*

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. 74, 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

DATA

05/07/19

CARIMBO DO MÉDICO - CRM / ODONTÓLOGO - CRO

[Signature]