

276

Recibo de Pagamento (Folha de Pagamento)		Data e Assinatura	
Empregador: ASSOCIACAO DOS SURDOS DE CONTAGE		Inscrição 19/02/2019	
Empregado: 000522 ESTER MARQUES DAS DORES		Competência Outubro de 2019	
CNPJ: 26.047.928/0001-15		Admissão 19/02/2019	
Cargo CUIDADOR		Lotação CUIDADORAS	
Banco		Conta	
FIS 20410204050		Tipo de Conta	
Discriminação das Verbas			
Cod.	Descrição	Referência	Provento
011	Salário-Base	30 dia(s)	1.103,24
310	INSS	8%	88,25
320	Vale-Transporte	6%	66,19
Salário Contratual			Total de Proventos
1.103,24			1.103,24
Base de Cálculo do INSS			Total de Descontos
1.103,24			154,44
Base de Cálculo do FGTS			Líquido a Receber
1.103,24			948,80
FGTS Contribuição Social			Base de Cálculo do IRRF
88,25			

Recibo de Pagamento (Folha de Pagamento)		Data e Assinatura	
Empregador: ASSOCIACAO DOS SURDOS DE CONTAGE		Inscrição 19/02/2019	
Empregado: 000522 ESTER MARQUES DAS DORES		Competência Outubro de 2019	
CNPJ: 26.047.928/0001-15		Admissão 19/02/2019	
Cargo CUIDADOR		Lotação CUIDADORAS	
Banco		Conta	
FIS 20410204050		Tipo de Conta	
Discriminação das Verbas			
Cod.	Descrição	Referência	Provento
011	Salário-Base	30 dia(s)	1.103,24
310	INSS	8%	88,25
320	Vale-Transporte	6%	66,19
Salário Contratual			Total de Proventos
1.103,24			1.103,24
Base de Cálculo do INSS			Total de Descontos
1.103,24			154,44
Base de Cálculo do FGTS			Líquido a Receber
1.103,24			948,80
FGTS Contribuição Social			Base de Cálculo do IRRF
88,25			

Certificamos que o

Material

Serviço

deste documento foi recebido e conferido.

Assinatura: *[Assinatura]* M615403639

Matricula: M618886424

Assinatura: *[Assinatura]*

277

**TEV Enviada**

Via Internet Banking CAIXA

Conta origem:	0893 / 003 / 00004717-2
Conta destino:	0893 / 013 / 00106365-9

Nome destinatário:	ESTER MARQUES DAS DORES
Quantidade de vezes:	
Valor:	R\$ 948,80

Data de débito:	05/11/2019
Data/hora da operação:	05/11/2019 15:24:42

Código da operação:	051524
Chave de segurança:	XPFMK04RL2E1C856

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

278

CONTROLE DE FREQUÊNCIA

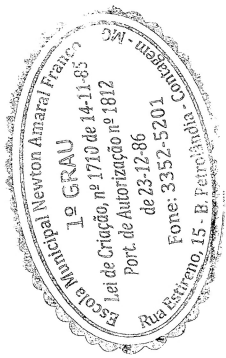
Empregador: ASSOCIAÇÃO DOS SURDOS DE CONTAGEM ASSOCIAÇÃO DOS SURDOS I
 Endereço: RUA RISO DO PRADO, 198
 Atividade:
 CNPJ/CEI: 26.047.928/0001-15
 Período: De 26/09/2019 a 25/10/2019
 Lotação: 002 CUIDADORAS
 CTPS: 00002842829/00040

Empregado: 000522 ESTER MARQUES DAS DORES
 Cargo: CUIDADOR
 Observações:
 REFERENTE AO MÊS 10/2019

Dia	Prorrogação				Assinatura/Justificativa
	E1	S1	E2	S2	
26	07:05	11:29	13:00	17:25	<i>[Signature]</i>
27	07:04	11:28	13:02	17:26	<i>[Signature]</i>
28					Sábado
29					Domingo
30	07:03	11:27	13:01	17:25	<i>[Signature]</i>
01	07:02	11:26	13:00	17:25	<i>[Signature]</i>
02	07:01	11:25	13:02	17:26	<i>[Signature]</i>
03	07:00	11:25	13:01	17:25	<i>[Signature]</i>
04	07:03	11:27	13:03	17:27	<i>[Signature]</i>
05					Sábado
06					Domingo
07	07:02	11:26	13:00	17:24	<i>[Signature]</i>
08	07:04	11:28	13:02	17:26	<i>[Signature]</i>
09	07:01	11:26	13:01	17:24	<i>[Signature]</i>
10	07:03	11:27	13:00	17:24	<i>[Signature]</i>
11	07:02	11:26	13:03	17:27	<i>[Signature]</i>
12					Sábado
13					Domingo
14					
15					<i>[Signature]</i>
16					
17					
18					
19					Sábado
20					Domingo
21	07:03	11:27	13:00	17:25	<i>[Signature]</i>
22	07:02	11:26	13:01	17:26	<i>[Signature]</i>
23	07:01	11:25	13:02	17:27	<i>[Signature]</i>
24	07:02	11:27	13:03	17:27	<i>[Signature]</i>
25	07:00	11:24	13:01	17:26	<i>[Signature]</i>

Abastado pela empresa

Ester Marques das Dores
 Assinatura do Empregado



[Signature]
 E.M. Newton Amaral Franco
 Paula Zumpano Tassara
 Diretora Escolar - Mat. 0124124-5



SAINT SAÚDE

ATESTADO

O (a) Sr.(a) Estes Marques dos Dores

ATESTADO DE COMPARECIMENTO

Compareceu na Clínica Saint Saúde, das 13:40 as 14:00 horas para:

Consulta médica

Acompanhante _____

Outros _____

ATESTADO DE AFASTAMENTO

Deverá permanecer por (_____) dias afastado (a) do trabalho a partir desta data por motivo de doença. CID _____

(A PEDIDO DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL LEGAL).

LICENÇA MATERNIDADE

Necessita permanecer (_____) dias afastada do trabalho a partir desta data conforme disposto no inciso XVII. Art. 7, capítulo II, título II da Constituição de 05/10/1988.

15/10/2009

DATA

SAINT SAÚDE

Rua Piauí, 633, Santa Efigênia

Tel. (31) 3241-5187

MÉDICO / CRM

RUA PIAUÍ – 633 – SANTA EFIGÊNIA – BELO HORIZONTE /MG

CENTRAL DE MARCAÇÃO: 31 – 3504-1141