

Recibo de Pagamento (Folha de Pagamento)			Data e Assinatura			
Empregador ASSOCIACAO DOS SURDOS DE CONTAGE			CNPJ/CEI 26.047.928/0001-15		Admissão 29/03/2019	Competência Abril de 2019
Empregado 000537 LILIANE UMBELINA DOS SANTOS			Cargo CUIDADOR		Lotação CUIDADORAS	
PIS 12943301118	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	

279

Recibo de Pagamento (Folha de Pagamento)			Data e Assinatura			
Empregador ASSOCIACAO DOS SURDOS DE CONTAGE			CNPJ/CEI 26.047.928/0001-15		Admissão 29/03/2019	Competência Abril de 2019
Empregado 000537 LILIANE UMBELINA DOS SANTOS			Cargo CUIDADOR		Lotação CUIDADORAS	
PIS 12943301118	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  Matrícula MG18886424

Assinatura  Matrícula 11615903639

280

**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:	2427 / 013 / 00075457-8

Nome destinatário:	LILIANE UMBELINA DOS SANTOS
Valor:	R\$ 903,00
Identificação da operação:	PAG SAL ABRIL 2019

Data de débito:	03/05/2019
Data/hora da operação:	03/05/2019 10:22:47

Código da operação:	00140145
Chave de segurança:	3WA0ZA5XLW6SAJJN

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

281

EMPREGADOR ASSOCIAÇÃO DOS SURDOS DE CONTAGEM ASSOCIAÇÃO DOS SURDOS DE CONTAGEM RUA HILTON PRATA, 198 CONTAGEM		CNPJ-CLE: 26.047.920/0001-15 Período: De 29/03/2019 a 25/04/2019 Lotação: 002 CUIDADORAS
EMPREGADA LILIANE UMBELINA DOS SANTOS	Cargo: CUIDADOR	C.T.P.S.: 00008015368/00010
		Observações: REFERENTE AO MÊS 04/2019

Dia	E1	S1	E2	S2	Prorrogação		Assinatura/Justificativa
					E	S	
29	07:03	11:21	13:04	17:24			Liliane umbelina dos santos
30	---	---	---	---			Sábado
31	---	---	---	---			Domingo
01	07:04	11:24	13:02	17:23			Liliane umbelina dos santos
02	07:02	11:22	13:05	17:21			Liliane umbelina dos santos
03	07:05	11:21	13:01	17:22			Liliane umbelina dos santos
04	07:03	11:20	13:04	17:20			Liliane umbelina dos santos
05	07:04	11:23	13:02	17:23			Liliane umbelina dos santos
06	---	---	---	---			Sábado
07	---	---	---	---			Domingo
08	07:03	11:21	13:03	17:23			Liliane umbelina dos santos
09	07:05	11:23	13:05	17:25			Liliane umbelina dos santos
10	07:04	11:24	13:02	17:30			Liliane umbelina dos santos
11	07:02	11:22	13:01	17:21			Liliane umbelina dos santos
12	Feriado	Feriado					Feriado
13	---	---	---	---			Sábado
14	---	---	---	---			Domingo
15	07:03	11:21	13:05	17:04			Liliane umbelina dos santos
16	07:05	11:23	13:02	17:02			Liliane umbelina dos santos
17	07:02	11:20	13:04	17:03			Liliane umbelina dos santos
18	Recesso	Recesso	Recesso	Recesso			RECESSO
19	feriado	feriado	feriado	feriado			feriado
20	---	---	---	---			Sábado
21	---	---	---	---			Domingo
22							atestado
23							atestado
24	07:02	11:21	13:05	17:05			Liliane umbelina dos santos
25	07:03	11:22	13:04	17:03			Liliane umbelina dos santos

Renata Normand Azevedo
 UMEI JARDIM LAGUNA CENSA
 Dirigente Escolar
 Matr 30.001621

Liliane umbelina dos santos
 Assinatura do Empregado

15 060.655 0001 307
 UMEI JARDIM LAGUNA
 Rua Normand Azevedo
 Bairro Nova Esperança
 CEP: 31.100-000



Prefeitura Municipal de Contagem
Secretaria Municipal de Saúde
ATESTADO



Atesto que o(a) Sr(a) Alciane um helena
portador da Carteira Profissional nº dos fambo
e Carteira de Identidade nº _____

Não apresenta ao exame clínico de rotina realizada 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 admissional, demissional ou periódico para fins de legislação a saúde do trabalhador vide portaria nº 24 de 29/12/04 do Ministério do trabalho).

Compareceu nesta data para consulta /exame, tendo permanecido na unidade no período de _____ às _____ horas.

Necessita permanecer afastado do trabalho por 02 (dois) dias, a partir de 22/04/19 por motivo de doença CID: _____ (a pedido do paciente) (Este atestado é válido p/ licenças previstas no art. 143 § 1º do Decreto 2172 de 05/03/97, e Resolução CFM 1190/84 e será expedido para justificar o afastamento do trabalho por 15 dias)

Deverá afastar-se do trabalho no período de _____ (_____) dias, a partir de _____ / _____ / _____ conforme o dispositivo no inciso XVII, art. 7º, capítulo II, título II da Constituição Federal de 05/10/88. (Licença - maternidade)

OBS.: Este atestado perderá o valor em caso de rasgo e preenchimento de mais de um campo

**UPA
RESSACA
24 horas**

UNIDADE DE SAÚDE _____
DATA 23/04/19 ASSINATURA _____
SMS A11

