

Recibo de Pagamento ( Folha de Pagamento )		Data e Assinatura		
Empreendedor ASSOCIACAO DOS SURDOS DE CONTAGE		Inscrição CNPJ: 26.047.928/0001-15		
Empregado 000504 IVANILDE ALVES DA CRUZ		Admissão 18/02/2019		
PIS 12865622128		Cargo CUIDADOR		
Banco		Conta		
12865622128		Agência		
<b>Discriminação das Verbas</b>				
Cod.	Descrição	Referência	Provento	Desconto
010	Salário-Família	1 cota(s)	32,80	
011	Salário-Base	30 dia(s)	1.103,24	
915	Reembolso de Passagem		10,70	
310	INSS	8%		88,25
			Total de Proventos	Total de Descontos
			1.146,74	88,25
Salário Contratual			FGTS Contribuição Social	Líquido a Receber
1.103,24			88,25	1.058,49
Base de Cálculo do INSS			Base de Cálculo do IRRF	
1.103,24				

Recibo de Pagamento ( Folha de Pagamento )		Data e Assinatura		
Empreendedor ASSOCIACAO DOS SURDOS DE CONTAGE		Inscrição CNPJ: 26.047.928/0001-15		
Empregado 000504 IVANILDE ALVES DA CRUZ		Admissão 18/02/2019		
PIS 12865622128		Cargo CUIDADOR		
Banco		Conta		
12865622128		Agência		
<b>Discriminação das Verbas</b>				
Cod.	Descrição	Referência	Provento	Desconto
010	Salário-Família	1 cota(s)	32,80	
011	Salário-Base	30 dia(s)	1.103,24	
915	Reembolso de Passagem		10,70	
310	INSS	8%		88,25
			Total de Proventos	Total de Descontos
			1.146,74	88,25
Salário Contratual			FGTS Contribuição Social	Líquido a Receber
1.103,24			88,25	1.058,49
Base de Cálculo do INSS			Base de Cálculo do IRRF	
1.103,24				

Certificamos que o

material

deste documento foi recebido e conferido.

Assinatura

MGS003629

MGS003629

Assinatura

MGS003629

Assinatura

285.

**CAIXA****TEV Enviada**

Via Internet Banking CAIXA

**Conta origem:** 0893 / 003 / 00004717-2**Conta destino:** 2940 / 013 / 00056048-9**Nome destinatário:** IVANILDE ALVES DA CRUZ**Quantidade de vezes:****Valor:** R\$ 1.058,49**Data de débito:** 04/10/2019**Data/hora da operação:** 04/10/2019 15:19:07**Código da operação:** 041519**Chave de segurança:** 8TLCZNK6T51AUZJ0

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

286

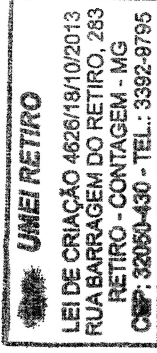
## CONTROLE DE FREQUÊNCIA

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 26/08/2019 a 25/09/2019
Atividade:	Lotação: 002 CUIDADORAS
Empregado: 000504 IVANILDE ALVES DA CRUZ	Cargo: CUIDADOR
	CTPS: 00000093255/00081

Dia	Prorrogação					Assinatura/Justificativa
	E1	S1	E2	S2	E	
26	ATESTADO	ATESTADO	ATESTADO	ATESTADO		
27	06:50	11:28	13:00	17:25		Ivanilde Alves da Cruz
28	06:55	11:25	12:54	17:22		Ivanilde Alves da Cruz
29	06:52	11:23	12:55	17:24		Ivanilde Alves da Cruz
30	FERIADO					
31						Sábado
01						Domingo
02	06:58	11:28	13:30	17:28	Prorrogação	Ivanilde Alves da Cruz
03	06:50	11:24	13:00	17:26		Ivanilde Alves da Cruz
04	06:58	11:27	13:05	17:28		Ivanilde Alves da Cruz
05	06:55	11:26	12:54	17:25		Ivanilde Alves da Cruz
06	06:52	11:24	12:58	17:26		Ivanilde Alves da Cruz
07						Sábado
08						Domingo
09	06:54	11:25	13:00	17:28		Ivanilde Alves da Cruz
10	06:51	11:23	12:54	17:28		Ivanilde Alves da Cruz
11	06:50	11:26	12:53	17:29		Ivanilde Alves da Cruz
12	06:55	11:24	12:50	17:28		Ivanilde Alves da Cruz
13	06:50	11:27	12:53	17:24		Ivanilde Alves da Cruz
14						Sábado
15						Domingo
16	06:55	11:23	12:50	17:26		Ivanilde Alves da Cruz
17	06:57	11:22	FORMAÇÃO			Ivanilde Alves da Cruz
18	ATESTADO	ATESTADO	ATESTADO	ATESTADO		
19	06:54	11:25	12:53	17:28		Ivanilde Alves da Cruz
20	PARALISAÇÃO	PARALISAÇÃO	PARALISAÇÃO	PARALISAÇÃO		Ivanilde Alves da Cruz
21						Sábado
22						Domingo
23	06:58	11:25	12:50	17:23		Ivanilde Alves da Cruz
24	06:54	11:28	12:54	17:27		Ivanilde Alves da Cruz
25	06:55	11:24	12:50	17:28		Ivanilde Alves da Cruz

Ivanilde Alves da Cruz  
Assinatura do Empregado

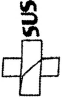
*Elizabeth*  
UNEI RETIRO  
Elizabeth Fátima de M. Santos  
Diretora  
Mat.: 1403890



780



**Prefeitura Municipal de Contagem  
Secretaria Municipal de Saúde  
ATESTADO**



Atesto que o(a) Sr(a) Ivanilde Alves da Luz  
portador da Carteira Profissional nº \_\_\_\_\_  
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 29/12/94 do Ministério do trabalho).

Compareceu nesta data para consulta / exame, tendo permanecido na unidade no período de 26/08/19 horas, em seu filho menor

Necessita permanecer afastado do trabalho por \_\_\_\_\_ dias, a partir de \_\_\_\_\_ por motivo de doença CID. \_\_\_\_\_ (a pedido do

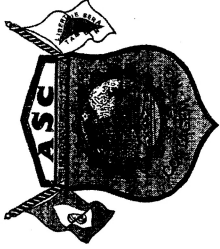
paciente). (Este atestado é válido p/ finalidades previstas no art. 143 § 1º do Decreto 2172 de 05/03/97, e Resolução CFM 1190/84 e será expedido para justificar o afastamento do trabalho de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ dias)

Deverá afastar-se do trabalho no período de \_\_\_\_\_ dias, apartir de \_\_\_\_\_

conforme o dispositivo no inciso XVII, art. 7º, capítulo II, título II da Constituição Federal de 05/10/98. (Licença - maternidade).

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

UNIDADE DE SAÚDE	<b>SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE CCEIRIA DINIZ</b>
DATA	<u>26/08/19</u>
SMS-AT1	<u>[Assinatura]</u>



288

## ASSOCIAÇÃO DOS SURDOS DE CONTAGEM

Fundada em 25 de Novembro de 1988 - CNPJ: 26.047.928/0001-15  
Declarada de Utilidade Pública; Lei N.º 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.º 10.436 de 24 de Abril de 2002

### DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO

Sr.(a) Diretor(a)

Declaramos que a cuidadora Ivanilde Alves da Cruz compareceu à nossa instituição no dia 02 de Setembro/2019 de 13:40h às 13:50h para tratar de assuntos administrativos, assim já resolvidos.

Atenciosamente,



288

Bianca dos Santos  
Coordenadora Projeto Cuidadores

Sede ASC: Rua Riso de Prado, 198 - Jardim Eldorado / Contagem - MG / CEP: 32.310-410  
Telefones: 031- 2567-7741  
cuidadoresasc@gmail.com



**SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO  
DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO INCLUSIVA  
DECLARAÇÃO DE FREQUÊNCIA**

Declaro para fins de ponto gerencial que Isaule Alves de Cruz esteve presente em 17/09/2019, em formação na UNA, cumprindo regularmente suas atividades no horário de 13:00 h às 15:00 h. Contagem, 17 de Agosto de 2019

Cordialmente,

*Andréia Siqueira Soares*

Andréia Siqueira Soares  
Superintendente do Projetos Especiais e Parcerias  
Município São João del-Rei  
Especialização em Gestão de Projetos  
Educação e Parcerias  
Rafaela 8551469



**SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO**



Prefeitura Municipal de Contagem  
Secretaria Municipal de Saúde



ATESTADO MEDICO

Atesto que o(a) S(r) Ivanilde Alves da Luz  
portador da Carteira Profissional nº \_\_\_\_\_  
e Carteira de Identidade nº \_\_\_\_\_

Não apresenta ao exame clínico de rotina realizado nesta data sinais de doença 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 29/12/94 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 1 (um) dias, a partir de 21/09/19 por motivo de doença CID: \_\_\_\_\_ (a pedido do paciente). (Este atestado é válido para finalidades 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 de 1 a 15 dias).

Deverá afastar-se do trabalho no período de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ dias, a partir de \_\_\_\_\_ conforme o dispositivo 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 rasura e de preenchimento de mais de um campo.

UNIDADE DE SAÚDE:

**EQUIPE Nº 02  
PSF RETIRO II  
Distrito Vargem das Flores**

DATA

18/09/19.

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

**Dr. Priscila Vitorino**  
**CONTAGEM**