

Recibo de Pagamento (Folha de Pagamento)			Data e Assinatura ____/____/____		
Empregador ASSOCIACAO DOS SURDOS DE CONTAGE		Inscrição CNPJ: 26.047.928/0001-15	Admissão 19/02/2019	Competência Maio de 2019	
Empregado 000515 LUCIMAR DA SILVA VIEIRA PINTO		Cargo CUIDADOR		Lotação CUIDADORAS	
PIS 12548027823	Banco	Agência	Conta	Tipo de Conta	
Discriminação das Verbas					
Cod.	Descrição	Referência	Provento	Desconto	
010	Salário-Família	1 cota(s)	32,80		
011	Salário-Base	21 dia(s)	735,00		
310	INSS	8%		58,80	
320	Vale-Transporte	6%		44,10	
			Total de Proventos 767,80	Total de Descontos 102,90	
				Líquido a Receber 664,90	
Salário Contratual 1.050,00	Base de Cálculo do INSS 735,00	Base de Cálculo do FGTS 735,00	FGTS 58,80	FGTS Contribuição Social	Base de Cálculo do IRRF

Recibo de Pagamento (Folha de Pagamento)			Data e Assinatura ____/____/____		
Empregador ASSOCIACAO DOS SURDOS DE CONTAGE		Inscrição CNPJ: 26.047.928/0001-15	Admissão 19/02/2019	Competência Maio de 2019	
Empregado 000515 LUCIMAR DA SILVA VIEIRA PINTO		Cargo CUIDADOR		Lotação CUIDADORAS	
PIS 12548027823	Banco	Agência	Conta	Tipo de Conta	
Discriminação das Verbas					
Cod.	Descrição	Referência	Provento	Desconto	
010	Salário-Família	1 cota(s)	32,80		
011	Salário-Base	21 dia(s)	735,00		
310	INSS	8%		58,80	
320	Vale-Transporte	6%		44,10	
			Total de Proventos 767,80	Total de Descontos 102,90	
				Líquido a Receber 664,90	
Salário Contratual 1.050,00	Base de Cálculo do INSS 735,00	Base de Cálculo do FGTS 735,00	FGTS 58,80	FGTS Contribuição Social	Base de Cálculo do IRRF

Certificamos que o

Material
 Serviço

deste documento foi recebido e conferido.

Assinatura

Assinatura

1615903639
Matricula

1618886424
Matricula

299

**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:	1529 / 013 / 00041719-0

Nome destinatário:	LUCIMAR DA SILVA VIEIRA
Valor:	R\$ 664,90
Identificação da operação:	PAG SAL MAIO 2019

Data de débito:	03/06/2019
Data/hora da operação:	03/06/2019 15:14:20

Código da operação:	00244940
Chave de segurança:	KTQEHAS92487CT5J

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



ASSOCIAÇÃO DOS SURDOS DE CONTAGEM

Fundada em 25 de Novembro de 1988 - CNPJ: 26.047.928/0001-15
Declarada de Utilidade Pública; Lei Nº 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 Nº 10.436 de 24 de Abril de 2002


300

JUSTIFICATIVA

Justificamos para os devidos fins, que a funcionária Lucimar da Silva Vieira Pinto, devido à licença médica, não entregou a sua folha de ponto. A mesma trabalhou por 02 dias (29/04 e 30/04), conforme declaração em anexo, e se ausentou no dia 01/05/2019, permanecendo afastada até 01/08/2019.

Atenciosamente,

Contagem 04 de Junho 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

PACIENTE: LUCIMAR DA SILVA VIEIRA PINTO
IDADE: 45 Anos 11 Meses e 2 Dias
ESPECIALIDADE: ORTOPEdia E TRAUMATOLOGIA

Data: 01/05/2019

Hora: 10:38

RECEITUÁRIO

RELATORIO MEDICO PARA FINS DE TRABALHO:

RELATO DA PACIENTE DE ENTORSE DE TORNOZELO ESQUERDO EM 12 ABRIL 2019. REFERE AINDA TER DOR. REGIAO MEDIAL DO TORNOZELO.

AP: REFERE DM. ALÉRGICA A AMOXICILINA, IODO E ESPARADRAPO. HISTÓRICO DE DIVERSOS ENTORSES NO PASSADO.


EF: DOR E EDEMA PERIMALEOLAR MEDIAL

RX DE TORNOZELO ESQUERDO: no rx de hoje, tive duvida de discreta avulsao no maleolo medial. diagnostico diferencial com entorses de repetição.

HD: ENTORSE DE TORNOZELO ESQUERDO. PROVAVEL LEVE AVULSAO NO MALEOLO MEDIAL (LINHA FRATURA)

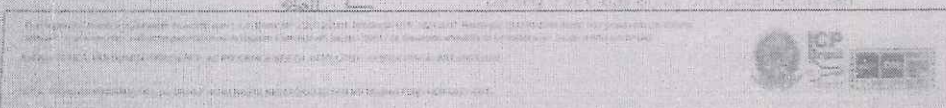
CD: BOTA ROBOFOOT, MULETAS, ORIENTACOES, SEGUIMENTO ORTOPEDICO. PACIENTE REFERE JA TER FICADO AFASTADA POR 15 DIAS. NA MINHA OPINIAO, PACIENTE AINDA NECESSITA EXTENSAO DO AFASTAMENTO PARA SUA RECUPERACAO. ENCAMINHO PARA PERICIA MEDICA ESPECIALIZADA DO TRABALHO E PEÇO AVALIAR MAIS 45 DIAS DE AFASTAMENTO.

CID: S93.4


Dr. Rafael Gonçalves Duarte
Ortopedia e Traumatologia
CRM - 41762

Médico: RAFAEL GONCALVES DUARTE
CRM: CRM - 41762

Consultas: 31 3329-8636






DECLARAÇÃO

Declaramos, para os devidos fins, que a Sra. LUCIMAR DA SILVA VIEIRA PINTO, Brasileira, Portadora da identidade nº M7560728 e CPF nº 003.127.726-88, PIS sob o Nº 125.48027.82-3, portadora da Carteira Profissional Nº 64182, série 0082/MG, residente a Av. Cisalpina Echinita nº 252, bairro Camilo Alves, em Contagem Minas Gerais, CEP nº 32017-180, e nossa funcionária desde 19 de Fevereiro de 2019, foi afastada de suas atividades normais e que esse afastamento se deu a partir do dia 12 de Abril de 2019 por 15 dias conforme atestado médico, tendo sido, portanto, seu último dia de trabalho o **dia 11 de Abril de 2019**. A mesma retornou as suas atividades no dia 29/04/2019 e se ausentou do trabalho a partir do dia **01/05/2019**.

Certos de termos colaborado para o encaminhamento ou manutenção do Auxílio-Doença, subscrevemo-nos,

Atenciosamente,

Contagem, Minas Gerais 06 de Maio de 2019


ASSOCIAÇÃO DOS SURDOS DE CONTAGEM
CNPJ 26.047.928/0001-15





INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL
COMUNICAÇÃO DE DECISÃO

NIT: 12548027823
Número do Benefício: 6277821257 Espécie: 31
Número do Requerimento: 196138212
Ao Sr. (a): LUCIMAR DA SILVA VIEIRA PINTO
Endereço: ALFREDO AVELINO DINIZ 166, CAMILO ALVES
CEP: 32017150 Município: CONTAGEM UF: MG
Assunto: Pedido de Auxílio - Doença
Decisão: Deferimento do Pedido
Motivo: Constatação de Incapacidade Laborativa

Fundamentação Legal: Art. 59 da Lei Nº8.213, de 24/07/1991; Artigos 71, 77 e 78 do Decreto Nº3.048, de 06/05/1999; Portaria Ministerial 359 de 31/08/2006, Artigo 207, da IN 20 INSS/PRES. de 10/10/2007.

Em atenção ao seu pedido de Auxílio-Doença, apresentado no dia 02/05/2019, informamos que foi reconhecido o direito ao benefício, tendo em vista que foi constatada incapacidade para o trabalho.

O benefício foi concedido até 01/08/2019.

Se nos 15(quinze) dias finais até a Data da Cessação do benefício (01/08/2019), V.Sa. ainda se considerar incapacitado para o trabalho, poderá requerer novo exame médico-pericial, mediante formalização de Solicitação de Prorrogação.

A partir de 01/08/2019 (data da cessação do benefício) e pelo prazo de 30 (trinta) dias, V. Sa. poderá interpor Recurso à Junta de Recursos da Previdência Social.

O requerimento de Solicitação de Prorrogação poderá ser feito ligando para o número 135 da Central de Atendimento do INSS; ou pela Internet no endereço www.previdencia.gov.br ou uma Agência da Previdência Social - APS.

A Previdência Social informa que o(a) segurado(a) em Auxílio Doença que retornar voluntariamente à mesma atividade, poderá ter seu Auxílio cancelado a partir da data do retorno, de acordo com os §§ 6º e 7º do art. 60 da Lei nº 8213/91, com redação dada pela Lei nº 13135/15.

Data, 7 de Maio de 2019

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS

Agência da Previdência Social: CONTAGEM Endereço: R BERNARDO MONTEIRO, 400
CENTRO
CEP: 32017170 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.
Cliente

Assinatura do Requerente / Representante Legal