

303

Recibo de Pagamento (Folha de Pagamento)				
Empresador ASSOCIACAO DOS SURDOS DE CONTAGE		Data e Assinatura		
Empregado 000525 GLAUCENIZE OLIVEIRA PINHO		Inscrição CNPJ: 26.047.928/0001-15	Admissão 21/02/2019	
PIS 20934385240		Competência Agosto de 2019		
Banco		Tipo de Conta		
Agência		Conta		
Discriminação das Verbas				
Cod.	Descrição	Referência	Provento	Desconto
007	Dissídio Mai/Jun/Jul	30 dia(s)	159,71	
011	Salário-Base	8%	1.103,24	89,00
310	INSS	6%		66,19
320	Vale-Transporte	2 dia(s)		73,55
321	Falta	1 dia(s)		36,77
349	DSR Desconto	8h		40,12
912	Atraso			
Salário Contratual 1.103,24			Total de Proventos 1.262,95	Total de Descontos 305,63
Base de Cálculo do INSS 1.112,51			FGTS Contribuição Social 89,00	Líquido a Receber 957,32
			FGTS Contribuição Social	Base de Cálculo do IRRF


Recibo de Pagamento (Folha de Pagamento)				
Empresador ASSOCIACAO DOS SURDOS DE CONTAGE		Data e Assinatura		
Empregado 000525 GLAUCENIZE OLIVEIRA PINHO		Inscrição CNPJ: 26.047.928/0001-15	Admissão 21/02/2019	
PIS 20934385240		Competência Agosto de 2019		
Banco		Tipo de Conta		
Agência		Conta		
Discriminação das Verbas				
Cod.	Descrição	Referência	Provento	Desconto
007	Dissídio Mai/Jun/Jul	30 dia(s)	159,71	
011	Salário-Base	8%	1.103,24	89,00
310	INSS	6%		66,19
320	Vale-Transporte	2 dia(s)		73,55
321	Falta	1 dia(s)		36,77
349	DSR Desconto	8h		40,12
912	Atraso			
Salário Contratual 1.103,24			Total de Proventos 1.262,95	Total de Descontos 305,63
Base de Cálculo do INSS 1.112,51			FGTS Contribuição Social 89,00	Líquido a Receber 957,32
			FGTS Contribuição Social	Base de Cálculo do IRRF


Certificamos que o

Materia

Serviço

deste documento foi recebido e conferido.

Assinatura:  Matrícula: 0055003639

Assinatura:  Matrícula: 0055003639



306

TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

Conta origem: 0893 / 003 / 00004717-2
Conta destino: 0536 / 001 / 00026466-3
Nome destinatário: GLAUCENIZE OLIVEIRA PINHO
Quantidade de vezes:
Valor: R\$ 957,32
Data de débito: 04/09/2019
Data/hora da operação: 04/09/2019 15:17:34
Código da operação: 041517
Chave de segurança: PNU695YHZVJJ3Q40

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidora: 0800 725 7474

Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

307

CONTROLE DE FREQUÊNCIA

Empregador: ASSOCIAÇÃO DOS SURDOS DE CONTAGEM ASSOCIAÇÃO DOS SURDOS D
 Endereço: RUA RISO DO PRADO, 198
 Atividade:
 CNPJ/GEI: 26.047.928/0001-15
 Período: De 26/07/2019 a 25/08/2019
 Lotação: 002 CUIDADORAS
 Empregado: 000525 GLAUCENIZE OLIVEIRA PINHO
 Cargo: CUIDADOR
 CTPS: 00004586242/00030

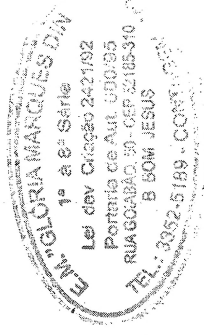
Observações:

REFERENTE AO MÊS 08/2019

Dia	E1	S1	E2	S2	Prorrogação		Assinatura/Justificativa
					E	S	
26	FORMAÇÃO PASC						
27						Sábado	
28						Domingo	
29	07:00 11:20	13:00	17:20				Dinhe
30	07:01 11:22	13:01	17:22				Dinhe
31	07:02 11:24	13:02	17:24				Dinhe
01	07:03 11:26	13:03	17:25				Dinhe
02	07:06 11:25	13:04	17:20				Dinhe
03						Sábado	
04						Domingo	
05	07:00 11:20	13:01	17:21				Dinhe
06	07:01 11:22	13:00	17:22				Dinhe
07	07:02 11:23	13:02	17:25				Dinhe
08	Atestado	medico					
09	Atestado	medico					
10						Sábado	
11						Domingo	
12	07:00 11:24	13:00	17:00				Dinhe
13	07:01 11:25	Paralisação					Dinhe
14	07:02 11:20	13:01	17:20				Dinhe
15	07:03 11:21	13:02	17:21				Dinhe
16	Atestado	medico					
17						Sábado	
18						Domingo	
19	09:00	10:00	Falta				Dinhe
20	07:00	11:20	13:00	17:20			Dinhe
21	07:01	11:20	13:01	17:25			Dinhe
22	Falta						
23	Falta						
24						Sábado	
25						Domingo	

EM: Glória Marques Diniz
 Marcina Ferreira
 Diretora Escolar /matricula 012148-50

Dinhe
 Assinatura do Empregado



Nome do paciente: GLAUCENIZE OLIVEIRA PINHO	Nº Pront.: 0002180937	Nº Atend. 31000097
Data de Nascimento: 25/09/1978	Idade: 40 Anos 10 Meses 14 Dias	Convênio: UNIMED BH
Nome da mãe: NEZIR DE OLIVEIRA PINHO	Sector:	Leito:
Profissional: TATIANA CAIXETA BARBOZA	Data Assinatura: 08/08/2019 14:09:32	

ATESTADO MÉDICO

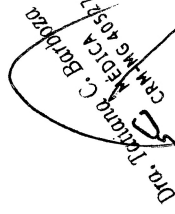
Atesto que o (a) Sr. (a) GLAUCENIZE OLIVEIRA PINHO necessita permanecer afastado por 2 dias a partir de 08/08/2019 por razões médicas. CID M549.

(Este atestado é válido para as finalidades previstas nos artigos 71 e 72, parágrafo 1º do Decreto 3048/99, e será expedido para justificar o afastamento do trabalho de 1 a 15 dias).

Eu, GLAUCENIZE OLIVEIRA PINHO, RG M8164572, autorizo a inclusão do CID no atestado médico.



GLAUCENIZE OLIVEIRA PINHO



Assinatura e Carimbo

Nome do paciente: GLAUCENIZE OLIVEIRA PINHO	Nº Pront.: 0002180937	Nº Atend. 31068254
Data de Nascimento: 25/09/1978	Idade: 40 Anos 10 Meses 22 Dias	Convênio: UNIMED BH
Nome da mãe: NEZIR DE OLIVEIRA PINHO	Sector:	Leito:
Profissional: ALEXANDRE ABREU ALVARES DA SILVA	Data Assinatura: 16/08/2019 15:51:35	

ATESTADO MÉDICO

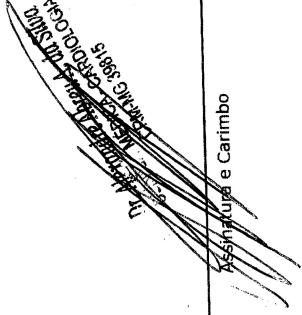
Atesto que o (a) Sr. (a) GLAUCENIZE OLIVEIRA PINHO necessita permanecer afastado por 01 dias a partir de 16/08/2019 por razões médicas. CID Z000.

(Este atestado é válido para as finalidades previstas nos artigos 71 e 72, parágrafo 1º do Decreto 3048/99, e será expedido para justificar o afastamento do trabalho de 1 a 15 dias).

Eu, GLAUCENIZE OLIVEIRA PINHO, RG M8164572, autorizo a inclusão do CID no atestado médico.



GLAUCENIZE OLIVEIRA PINHO



Dr. Alexandre Abreu Alvares da Silva
CRM - Nº 34.388-9
Assinatura e Carimbo