

Recibo de Pagamento (Folha de Pagamento)			
Empreendedor ASSOCIACAO DOS SURDOS DE CONTAGE		Data e Assinatura	
Empregado 000504 IVANILDE ALVES DA CRUZ		Inscrição CNPJ: 26.047.928/0001-15	
PIS 12865622128		Admissão 18/02/2019	
Banco		Competência Agosto de 2019	
Agência		Cotacao CUIDADORAS	
Conta		Tipo de Conta	
Discriminação das Verbas			
Cod.	Descrição	Referência	Provento
007	Dissídio Mai/Jun/Jul		159,71
010	Salário-Família	1 cota(s)	32,80
011	Salário-Base	30 dia(s)	1.103,24
310	INSS	8%	
320	Vale-Transporte	6%	
912	Atraso	4h20min	
Total de Proventos			1.295,75
Total de Descontos			187,21
Líquido a Receber			1.108,54
Salário Contratual 1.103,24		Base de Cálculo do INSS 1.241,22	FGTS Contribuição Social 99,29
			Base de Cálculo do IRRF

Recibo de Pagamento (Folha de Pagamento)			
Empreendedor ASSOCIACAO DOS SURDOS DE CONTAGE		Data e Assinatura	
Empregado 000504 IVANILDE ALVES DA CRUZ		Inscrição CNPJ: 26.047.928/0001-15	
PIS 12865622128		Admissão 18/02/2019	
Banco		Competência Agosto de 2019	
Agência		Cotacao CUIDADORAS	
Conta		Tipo de Conta	
Discriminação das Verbas			
Cod.	Descrição	Referência	Provento
007	Dissídio Mai/Jun/Jul		159,71
010	Salário-Família	1 cota(s)	32,80
011	Salário-Base	30 dia(s)	1.103,24
310	INSS	8%	
320	Vale-Transporte	6%	
912	Atraso	4h20min	
Total de Proventos			1.295,75
Total de Descontos			187,21
Líquido a Receber			1.108,54
Salário Contratual 1.103,24		Base de Cálculo do INSS 1.241,22	FGTS Contribuição Social 99,29
			Base de Cálculo do IRRF

Material
 Serviço
 deste documento foi recebido e conferido.

Assinatura: *IVANILDE ALVES DA CRUZ*
 Matrícula: *000504*

**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\$ 1.108,54
Data de débito: 04/09/2019
Data/hora da operação: 04/09/2019 15:18:52
Código da operação: 041518
Chave de segurança: R3WSG0VC44KQF2UM

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

CONTROLE DE FREQUÊNCIA

Empregador: ASSOCIAÇÃO DOS SURDOS DE CONTAGEM ASSOCIAÇÃO DOS SURDOS	CNPJ/CEI: 26.047.928/0001-15
Endereço: RUA RISO DO PRADO, 198	Período: De 26/07/2019 a 25/08/2019
Atividade:	Lotação: 002 CUIDADORAS
Empregado: 000504 IVANILDE ALVES DA CRUZ	CPTS: 00000093255/00081
Cargo: CUIDADOR	Observações:
REFERENTE AO MÊS 08/2019	

Dia	E1	S1	E2	S2	Prorrogação		Assinatura/Justificativa
					E	S	
26	FORMAÇÃO ASC						
27							Sábado
28							Domingo
29	07:00	11:28	13:05	17:25			Ivanilde Alves da Cruz
30	06:53	11:25	12:50	17:23			Ivanilde Alves da Cruz
31	06:55	11:25	12:51	17:28			Ivanilde Alves da Cruz
01	06:56	11:24	12:53	17:28			Ivanilde Alves da Cruz
02	06:54	11:28	12:51	17:35			Ivanilde Alves da Cruz
03							Sábado
04							Domingo
05			12:50	17:28			Ivanilde Alves da Cruz
06	06:54	11:25	12:58	17:24			Ivanilde Alves da Cruz
07	06:58	11:23	12:55	17:27			Ivanilde Alves da Cruz
08	06:53	11:26	12:55	17:22			Ivanilde Alves da Cruz
09	06:54	11:24	12:50	17:28			Ivanilde Alves da Cruz
10							Sábado
11							Domingo
12	06:53	11:28	12:59	17:24			Ivanilde Alves da Cruz
13	06:58	11:25	12:50	17:28			Ivanilde Alves da Cruz
14	06:50	11:26	12:49	17:26			Ivanilde Alves da Cruz
15	06:56	11:26	12:56	17:28			Ivanilde Alves da Cruz
16	06:54	11:28	12:58	17:25			Ivanilde Alves da Cruz
17							Sábado
18							Domingo
19	06:58	11:24	12:50	17:28			Ivanilde Alves da Cruz
20	06:50	11:22	12:51	17:27			Ivanilde Alves da Cruz
21	ATESTADO ATESTADO						
22	06:54	11:28	12:55	17:24			Ivanilde Alves da Cruz
23	06:50	11:21	12:54	17:28			Ivanilde Alves da Cruz
24							Sábado
25							Domingo

Ivanilde Alves da Cruz
Assinatura do Empregado

Elizabeth Fátima de M. Santos
UMEI RETIRO
Elizabeth Fátima de M. Santos
Diretora
Mat.: 1403890

UMEI RETIRO

LEI DE CRIAÇÃO 4626/18/10/2013
RUA BARRAGEM DO RETIRO, 283
RETIRO - CONTAGEM - MG
CEP: 32050-430 - TEL.: 3392-9795



Atesto que o(a) Sr(a) Jurivino Alves do Eoz
portador da Carteira Profissional nº _____ e
Carteira de identidade nº _____

Não apresenta ao exame clínico de rotina realizado 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 _____ às _____ horas.

Necessita permanecer afastado do trabalho por 01 (M.) dias, a partir de 21 / 08 / 2019 por motivo de doença CID B01.9 (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 _____ (_____) 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 rasura e de preenchimento de mais de um campo.

UNIDADE DE SAÚDE

RETINHO J.

DATA

21/08/2019

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

Dra. Marcela Rennei Penaranda
CRP 100004
CONTROLE 146755