

314

Recibo de Pagamento (Folha de Pagamento)				Data e Assinatura	
Empregador ASSOCIACAO DOS SURDOS DE CONTAGE		Inscrição CNPJ: 26.047.928/0001-15		Admissão 18/02/2019	Competência Novembro de 2019
Empregado 000504 IVANILDE ALVES DA CRUZ		Cargo CUIDADOR		Lotação CUIDADORAS	
PIS 12865622128	Banco	Agência	Conta	Tipo de Conta	
Discriminação das Verbas					
Cod.	Descrição	Referência	Provento	Desconto	
010	Salário-Família	1 cota(s)	46,54		
011	Salário-Base	30 dia(s)	1.103,24		
310	INSS	8%		86,49	
912	Atraso	4h24min		22,06	
918	Contribuição Negocial			22,06	
			Total de Proventos 1.149,78	Total de Descontos 130,61	
			Líquido a Receber 1.019,17		
Salário Contratual 1.103,24	Base de Cálculo do INSS 1.081,18	Base de Cálculo do FGTS 1.081,18	FGTS 86,49	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 18/02/2019	Competência Novembro de 2019
Empregado 000504 IVANILDE ALVES DA CRUZ		Cargo CUIDADOR		Lotação CUIDADORAS	
PIS 12865622128	Banco	Agência	Conta	Tipo de Conta	
Discriminação das Verbas					
Cod.	Descrição	Referência	Provento	Desconto	
010	Salário-Família	1 cota(s)	46,54		
011	Salário-Base	30 dia(s)	1.103,24		
310	INSS	8%		86,49	
912	Atraso	4h24min		22,06	
918	Contribuição Negocial			22,06	
			Total de Proventos 1.149,78	Total de Descontos 130,61	
			Líquido a Receber 1.019,17		
Salário Contratual 1.103,24	Base de Cálculo do INSS 1.081,18	Base de Cálculo do FGTS 1.081,18	FGTS 86,49	FGTS Contribuição Social	Base de Cálculo do IRRF

Certificamos que o

Material
 Serviço

deste documento foi recebido e conferido.

 Assinatura M615903639
Matrícula

 Assinatura M618886424
Matrícula

315

**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\$ 1.019,17
Data de débito:	04/12/2019
Data/hora da operação:	04/12/2019 15:35:19
Código da operação:	041535
Chave de segurança:	YNMCSF5UL7Z8H6KR

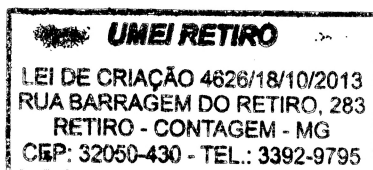
Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

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: ASSOCIACAO DOS SURDOS DE CONTAGEM ASSOCIAÇÃO DOS SURDOS				CNPJ/CEI: 26.047.928/0001-15			
Endereço: RUA RISO DO PRADO, 198				Período: De 26/10/2019 a 25/11/2019			
Atividade:				Lotação: 002 CUIDADORAS			
Empregado: 000504 IVANILDE ALVES DA CRUZ			Cargo: CUIDADOR		CTPS: 0000093255/00081		
Observações: REFERENTE AO MÊS 11/2019							
Dia	E1	S1	E2	S2	Prorrogação		Assinatura/Justificativa
					E	S	
26	----	----	----	----			Sábado
27	----	----	----	----			Domingo
28	06:51	11:24	13:00	17:28			Ivanilde Alves da Cruz
29	06:50	11:24	12:54	17:26			Ivanilde Alves da Cruz
30	06:51	11:22	12:50	17:24			Ivanilde Alves da Cruz
31	06:55	11:23	12:51	17:23			Ivanilde Alves da Cruz
01	06:54	11:25	12:50	17:22			Ivanilde Alves da Cruz
02	----	----	----	----			Sábado
03	----	----	----	----			Domingo
04	06:50	11:23	13:00	17:24			Ivanilde Alves da Cruz
05	06:51	11:24	13:00	17:23			Ivanilde Alves da Cruz
06	06:50	11:23	12:50	17:26			Ivanilde Alves da Cruz
07	06:51	11:26	12:54	17:28			Ivanilde Alves da Cruz
08	06:50	11:27	Ausente				Ivanilde Alves da Cruz
09	06:53	11:30	----	----			Sábado Ivanilde Alves da Cruz
10	----	----	----	----			Domingo
11	06:52	11:26	13:00	17:26			Ivanilde Alves da Cruz
12	06:50	11:24	12:51	17:23			Ivanilde Alves da Cruz
13	06:51	11:25	12:52	17:25			Ivanilde Alves da Cruz
14	06:54	11:27	DECLARACAO				Ivanilde Alves da Cruz
15	FERIADO FERIADO						
16	----	----	----	----			Sábado
17	----	----	----	----			Domingo
18	06:50	11:25	12:51	17:28			Ivanilde Alves da Cruz
19	06:54	11:27	12:50	17:26			Ivanilde Alves da Cruz
20	FERIADO FERIADO						
21	06:52	11:22	12:54	17:28			Ivanilde Alves da Cruz
22	06:51	11:28	12:51	17:26			Ivanilde Alves da Cruz
23	----	----	----	----			Sábado
24	----	----	----	----			Domingo
25	06:52	11:27	12:50	17:26			Ivanilde Alves da Cruz

Ivanilde Alves da Cruz
Assinatura do Empregado



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



Prefeitura Municipal de Contagem

Secretaria Municipal de Saúde



ATESTADO MÉDICO

Atesto que o(a) Sr(a) Evandro Azevedo
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 tarde às _____ horas. (13:00 às 16:00)

Necessita permanecer afastado do trabalho por _____ (_____) dias, a partir de ____/____/____ 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 _____ (_____) dias, a partir de ____/____/____ conforme o dispositivo inciso XVII, art. 7º, capítulo II, título II da Constituição Federal de 05/10/88. (Licença - Maternidade).

**CENTRO DE APOIO
À SAÚDE DA FAMÍLIA**
Rua: VL 06, Nº 283
Bairro: Nova Contagem
Tel.: 3911-6222

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

UNIDADE DE SAÚDE:

DATA: 15/11/19

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL:

[Handwritten signature]