

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 Junho de 2019
Empregado 000508 PAULO CESAR DOS SANTOS			Cargo CUIDADOR		Lotação CUIDADORAS	
PIS 16555032295	Banco	Agência	Conta	Tipo de Conta		
Discriminação das Verbas						
Cod.	Descrição	Referência	Provento	Desconto		
011	Salário-Base	30 dia(s)	1.050,00			
310	INSS	8%		84,00		
320	Vale-Transporte	6%		63,00		
			Total de Proventos 1.050,00	Total de Descontos 147,00		
			Líquido a Receber 903,00			
Salário Contratual 1.050,00	Base de Cálculo do INSS 1.050,00	Base de Cálculo do FGTS 1.050,00	FGTS 84,00	FGTS Contribuição Social	Base de Cálculo do IRRF	


337


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 Junho de 2019
Empregado 000508 PAULO CESAR DOS SANTOS			Cargo CUIDADOR		Lotação CUIDADORAS	
PIS 16555032295	Banco	Agência	Conta	Tipo de Conta		
Discriminação das Verbas						
Cod.	Descrição	Referência	Provento	Desconto		
011	Salário-Base	30 dia(s)	1.050,00			
310	INSS	8%		84,00		
320	Vale-Transporte	6%		63,00		
			Total de Proventos 1.050,00	Total de Descontos 147,00		
			Líquido a Receber 903,00			
Salário Contratual 1.050,00	Base de Cálculo do INSS 1.050,00	Base de Cálculo do FGTS 1.050,00	FGTS 84,00	FGTS Contribuição Social	Base de Cálculo do IRRF	

Certificamos que o

Material
 Serviço

deste documento foi recebido e conferido.


 Assinatura


 Assinatura

M615903639
 Matrícula

M618886424
 Matrícula

338

**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:	0893 / 013 / 00077826-3

Nome destinatário:	PAULO CESAR DOS SANTOS
Valor:	R\$ 903,00
Identificação da operação:	PAG SAL JUNHO 2019

Data de débito:	03/07/2019
Data/hora da operação:	03/07/2019 15:44:14

Código da operação:	00166501
Chave de segurança:	FMG75HTV7WMEYPXH

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

CONTROLE DE FREQUÊNCIA

Empregador: ASSOCIACAO DOS SURDOS DE CONTAGEM ASSOCIAÇÃO DOS SURDOS D					CNPJ/CEI 26.047 928/0001-15		
Endereço: RUA RISO DO PRADO, 198					Período: De 26/05/2019 a 25/06/2019		
Atividade:					Lotação: 002 CUIDADORAS		
Empregado: 000508 PAULO CESAR DOS SANTOS				Cargo: CUIDADOR		CTPS 00006239991/00050	
Dia	E1	S1	E2	S2	Prorrogação		Assinatura/Justificativa
					E	S	
26	—	—	—	—			Domingo
27	07:03	11:25	13:01	17:28			Paulo Cesar dos Santos
28	07:03	11:28	12:58	17:26			Paulo Cesar dos Santos
29	07:04	11:31	12:56	17:28			Paulo Cesar dos Santos
30	07:04	11:28	12:59	17:26			Paulo Cesar dos Santos
31	06:58	11:31	12:55	17:29			Paulo Cesar dos Santos
01	—	—	—	—			Sábado
02	—	—	—	—			Domingo
03	06:53	11:27	12:56	17:30			Paulo Cesar dos Santos
04	06:55	11:29	12:58	17:28			Paulo Cesar dos Santos
05	ATESTADO						
06	ATESTADO						
07	ATESTADO						
08	—	—	—	—			Sábado
09	—	—	—	—			Domingo
10	06:51	11:23	13:05	17:25			Paulo Cesar dos Santos
11	06:50	11:28	12:59	17:31			Paulo Cesar dos Santos
12	06:55	11:29	12:56	17:29			Paulo Cesar dos Santos
13	07:01	11:25	12:58	17:25			Paulo Cesar dos Santos
14	06:51	11:23	12:49	17:29			Paulo Cesar dos Santos
15	—	—	—	—			Sábado
16	—	—	—	—			Domingo
17	06:58	11:31	12:56	17:27			Paulo Cesar dos Santos
18	07:01	11:25	12:59	17:28			Paulo Cesar dos Santos
19	07:03	11:25	12:57	17:29			Paulo Cesar dos Santos
20	FERIADO						
21	RECESSO						
22	—	—	—	—			Sábado
23	—	—	—	—			Domingo
24	ATESTADO						
25	ATESTADO						

Paulo Cesar dos Santos
Assinatura do Empregado

ain
E.M. PROF. LIGIA MAGALHÃES
Luciana Reis Jimenez Arnago
Dirigente Escolar
Matricula 91384730



Prefeitura Municipal de Contagem
Secretaria Municipal de Saúde
ATESTADO



Atesto que o(a) Sr(a) Paulo César do Prado

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 de saúde do trabalhador via 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 03 (três) dias, a partir de 05/06/19 por motivo de doença CID. _____ (a pedido do paciente). (Este atestado é válido pelas finalidades previstas no art. 143§ 1º do Decreto 2172 de 05/03/87 e Resolução CFM 190/87 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 UB Unia da Contagem

DATA 05/06/19 ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL



Prefeitura Municipal de Contagem
Secretaria Municipal de Saúde
ATESTADO



341

Atesto que o(a) Sr(a) Paulo César dos Santos
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 de 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 12 (dois) dias, a partir de 24/06/19 por motivo de doença CID. R54.4 (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 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	
<u>UBS Paraisópolis</u>	
DATA	ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL
<u>24/06/19</u>	
SMS-AT1	