

Recibo de Pagamento (Folha de Pagamento)				Data e Assinatura			
Empregador ASSOCIACAO DOS SURDOS DE CONTAGE				CNPJ/CEI 26.047.928/0001-15		Admissão 18/02/2019	Competência Abril de 2019
Empregado 000478 NILCILENE SILVA DO NASCIMENTO SANTOS				Cargo CUIDADOR		Lotação CUIDADORAS	
PIS 20951262291		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			
			Total de Proventos 1.050,00	Total de Descontos 84,00			
			Líquido a Receber 966,00				
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		



351

Recibo de Pagamento (Folha de Pagamento)				Data e Assinatura			
Empregador ASSOCIACAO DOS SURDOS DE CONTAGE				CNPJ/CEI 26.047.928/0001-15		Admissão 18/02/2019	Competência Abril de 2019
Empregado 000478 NILCILENE SILVA DO NASCIMENTO SANTOS				Cargo CUIDADOR		Lotação CUIDADORAS	
PIS 20951262291		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			
			Total de Proventos 1.050,00	Total de Descontos 84,00			
			Líquido a Receber 966,00				
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	MG18886404 Matrícula
 Assinatura	MG15903639 Matrícula

352

**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 / 00091100-1

Nome destinatário:	NILCILENE SILVA DO N SANTOS
Valor:	R\$ 966,00
Identificação da operação:	PAG SAL ABRIL 2019

Data de débito:	03/05/2019
Data/hora da operação:	03/05/2019 10:59:00

Código da operação:	00143292
Chave de segurança:	PL19T4QPP7GP2RVV

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

353

CONTROLE DE FREQUÊNCIA

Empregador: ASSOCIACAO DOS SURDOS DE CONTAGEM ASSOCIAÇÃO DOS SURDOS D					CNPJ/CEI: 26.047.928/0001-15		
Endereço: RUA RISCO DO PRADO, 198					Período: De 26/03/2019 a 25/04/2019		
Atividade:					Lotação: 002 CUIDADORAS		
Empregado: 090478 NILCILENE SILVA DO NASCIMENTO SANTOS					Cargo: CUIDADOR		CTPS: 00005121984/00030
Dia	E1	S1	E2	S2	Prorrogação		Assinatura/Justificativa
					E	S	
26	7:01	11:30	13:09	17:10			Nilcilene Silva
27	7:09	11:22	12:50	17:20			Nilcilene Silva
28	6:50	11:20	13:01	17:30			Nilcilene Silva
29	7:00	11:15	13:07	17:24			Nilcilene Silva
30							Sábado
31							Domingo
01	6:59	11:20	13:01	17:30			Nilcilene Silva
02	7:01	11:30	13:00	17:22			Nilcilene Silva
03	7:09	11:24	12:59	17:20			Nilcilene Silva
04	7:00	11:10	13:07	17:24			Nilcilene Silva
05	6:50	11:22	13:05	17:15			Nilcilene Silva
06							Sábado
07							Domingo
08	6:59	11:10	12:59	17:15			Nilcilene Silva
09	7:01	11:20	13:01	17:24			Nilcilene Silva
10	7:00	11:10	13:05	17:22			Nilcilene Silva
11	7:05	11:24	13:00	15:00			A. Testado medico
12	F. excludo						
13							Sábado
14							Domingo
15	A. Testado medico						
16	A. Testado medico						
17	A. Testado medico						
18	Doença						
19	Feriado						
20							Sábado
21							Domingo
22	6:50	11:19	13:06	17:30			Nilcilene Silva
23	7:00	11:24	12:55	17:15			Nilcilene Silva
24	7:05	11:22	13:01	17:20			Nilcilene Silva
25	6:59	11:30	13:07	17:24			Nilcilene Silva

Nilcilene Silva M. Santos
Assinatura do Empregado

E.M. Sandra Rocha
E.M. SANDRA ROCHA
Maria Aparecida Nunes
Vice-diretora
Mat. 1355453





Atesto que o(a) Sr(a) Milcilene Silva Nascimento
Portador de Carteira Profissional nº Santos
e Carteira de Identidade nº _____

Não apresenta ao exame clínico de rotina realizada nesta data sinais de doenças infectocontagiosas de alterações evidentes em órgãos dos sentidos ou vícios de conformação física. Durante a entrevista não evidenciou sinais de déficit ou doença neuropsiquiátrica. (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 07 (sete) dias, a partir do dia 11/04/2019 por motivo de doença CID: _____ (a pedido do paciente). (Este atestado é válido p/ finalidades previstas no art. 143 § 1º do Decreto 2172 do dia 05/03/97, e a Resolução CFM 1190/84 e será expedito para justificar o afastamento do trabalho de 01 a 15 dias).

Deverá afastar-se do trabalho no período de _____ (_____) a partir de _____ conforme o dispositivo no inciso XVII, art. 7º, capítulo II, título II da Constituição Federal de 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 _____

DATA
11/04/2019

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

Dra. Bruna Melgazo Chaves Rodrigues
MÉDICA
CRM nº 69179
CONTROLE 5432022