

Recibo de Pagamento (Folha de Pagamento)		Data e Assinatura		
Empreendedor ASSOCIACAO DOS SURDOS DE CONTAGE		Inscrição 18/02/2019		
CNPJ: 26.047.928/0001-15		Competência Agosto de 2019		
Empregado 000467 MARCIA REGINA DA SILVA		Cargo CUIDADORAS		
PIS 12134738148		Conta Tipo de Conta		
Discriminação das Verbas				
Cod.	Descrição	Referência	Provento	Desconto
007	Dissídio Mai/Jun/Jul		159,71	
011	Salário-Base	30 dia(s)	1.103,24	101,03
310	INSS	8%		66,19
320	Vale-Transporte	6%		
			Total de Proventos	Total de Descontos
			1.262,95	167,22
Salário Contribuinte			FGTS Contribuição Social	Líquido a Receber
1.103,24			101,03	1.095,73
Base de Cálculo do INSS			Base de Cálculo do IRRF	
1.262,95				

Recibo de Pagamento (Folha de Pagamento)		Data e Assinatura		
Empreendedor ASSOCIACAO DOS SURDOS DE CONTAGE		Inscrição 18/02/2019		
CNPJ: 26.047.928/0001-15		Competência Agosto de 2019		
Empregado 000467 MARCIA REGINA DA SILVA		Cargo CUIDADORAS		
PIS 12134738148		Conta Tipo de Conta		
Discriminação das Verbas				
Cod.	Descrição	Referência	Provento	Desconto
007	Dissídio Mai/Jun/Jul		159,71	
011	Salário-Base	30 dia(s)	1.103,24	101,03
310	INSS	8%		66,19
320	Vale-Transporte	6%		
			Total de Proventos	Total de Descontos
			1.262,95	167,22
Salário Contribuinte			FGTS Contribuição Social	Líquido a Receber
1.103,24			101,03	1.095,73
Base de Cálculo do INSS			Base de Cálculo do IRRF	
1.262,95				

Certificamos que o

Material

Serviço

deste documento foi recebido e conferido.

Assinatura: *Marcia Regina da Silva*

Matrícula: *16802222*

CAIXA

354

TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

Conta origem:	0893 / 003 / 00004717-2
Conta destino:	0893 / 013 / 00253965-7
Nome destinatário:	MARCIA REGINA DA SILVA
Quantidade de vezes:	
Valor:	R\$ 1.095,73
Data de débito:	04/09/2019
Data/hora da operação:	04/09/2019 15:25:15
Código da operação:	041525
Chave de segurança:	HMZJQ9WJ2AXW9MSR

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
 Endereço: RUA RISO DO PRADO, 198
 Atividade:
 CNPJ/CEI: 26.047.928/0001-15
 Período: De 26/07/2019 a 25/08/2019
 Lotação: 002 CUIDADORAS
 CTPS: 00000022678/00021

Empregado: 000467 MARCIA REGINA DA SILVA
 Cargo: CUIDADOR

Observações:
REFERENTE AO MÊS 08/2019

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



Marcia Regina da Silva
 Assinatura do Empregado
Marcia Regina da Silva

E. M. Prof. Geraldo Basílio Ramos
 Joseph Samuel Gonçalves Godói
 Vice Dirigente - Matr. 01353620



Prefeitura Municipal de Contagem
Secretaria Municipal de Saúde
ATESTADO



Atesto que o(a) Sr(a) Marcia Regina da Silva
 portador da Carteira Profissional nº _____
 e Carteira de Identidade nº _____

Não apresenta ao exame clínico de rotina realizada 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 valido 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 14:00 horas _____ a partir de _____ por motivo de doença CID: _____ (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

COEIRIA DINIZ

DATA 07 AGO 2019

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

SMS-A11

