

372

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 Março de 2019
Empregado 018 82 SAMARA MARIA TEIXEIRA DA COSTA			Cargo CUIDADOR	Lotação CUIDADORAS	
PIS 13786638275	Banco	Agência	Conta	Tipo de Conta	
Discriminação das Verbas					
Cod.	Descrição	Referência	Provento	Desconto	
010	Salário-Família	1 cota(s)	32,80		
011	Salário-Base	30 dia(s)	1.050,00		
310	INSS	8%		84,00	
320	Vale-Transporte	6%		63,00	
			Total de Proventos 1.082,80	Total de Descontos 147,00	
			Líquido a Receber 935,80		
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

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 Março de 2019
Empregado 000482 SAMARA MARIA TEIXEIRA DA COSTA			Cargo CUIDADOR	Lotação CUIDADORAS	
PIS 13786638275	Banco	Agência	Conta	Tipo de Conta	
Discriminação das Verbas					
Cod.	Descrição	Referência	Provento	Desconto	
010	Salário-Família	1 cota(s)	32,80		
011	Salário-Base	30 dia(s)	1.050,00		
310	INSS	8%		84,00	
320	Vale-Transporte			63,00	
			Total de Proventos 1.082,80	Total de Descontos 147,00	
			Líquido a Receber 935,80		
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 ^{8%}

Material
 Serviço

deste documento foi recebido e conferido.

[Assinatura]

Assinatura

061903639

Matricula

[Assinatura]

Assinatura

MG18886424

Matricula

**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 / 00068509-5

Nome destinatário:	SAMARA MARIA TEIXEIRA DA COSTA
Valor:	R\$ 935,80
Identificação da operação:	PAG SAL MAR 2019

Data de débito:	05/04/2019
Data/hora da operação:	05/04/2019 15:52:40

Código da operação:	00539044
Chave de segurança:	2EM8FOHYAH62P02Q

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
 Endereço: RUA RISO DO PRADO, 198
 Atividade:
 CNPJ/CEI: 26.047.928/0001-15
 Período: De 26/02/2019 a 25/03/2019
 Lotação: 002 CUIDADORAS
 Empregado: 000482 SAMARA MARIA TEIXEIRA DA COSTA
 Cargo: CUIDADOR
 CTPS: 00004273038/00020

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

Sâmara Maria
 Assinatura do Empregado


 Leila Fernanda Coelho
 Vice-Diretora Escolar
 31263-0

E.M. Prof. Luiz da Cunha
 Ensino Fundamental
 Criação Lei nº 2.096/90
 Aut. Portaria 018/91
 3352-5219
 Linda Vista Contagem
 32.041-630
 Rua Maria Olinda do Nascimento, 75



Secretaria Municipal de Educação
Educação Inclusiva

Declaração de Presença

Declaro, para fins de ponto gerencial que Sâmara Maria Teixeira da Costa cumpriu regularmente seu horário de trabalho em formação com a Equipe de Inclusão, dia 11/03/2019, no horário de 08 às 12 h.

Local: E.M. Heitor Villa Lobos

Por ser verdade, firmo a presente declaração.

Contagem, 11 de Março de 2019

Ludmilla Soares

Ludmilla Skrepchuck Soares
Superintendente de Educação Inclusiva



Secretaria Municipal de Educação
Educação Inclusiva
Declaração de Presença

Declaro, para fins de ponto gerencial que Sâmara Maria Teixeira do Costa cumpriu regularmente seu horário de Estágio em formação com a Equipe de Inclusão, dia 11/03/2019, no horário de 13 às 17 h.

Local: E.M. Heitor Villa Lobos

Por ser verdade, firmo a presente declaração.

Contagem, 11 de Março de 2019

Ludmilla Soares

Ludmilla Skrepchuck Soares
Superintendente de Educação Inclusiva



ESPECIALIDADES ATENDIDAS:
CARDIOLOGIA / CIRURGIA PLÁSTICA
CIRURGIA PROCTOLÓGICA / CIRURGIA VASCULAR
CLÍNICA DE CIRURGIA GERAL / CLÍNICA MÉDICA
CLÍNICA DE NEFROLOGIA / DERMATOLOGIA
GASTROENTEROLOGIA / GINECOLOGIA
INFECTOLOGIA / NEUROLOGIA / ONCOLOGIA
OFTALMOLOGIA / ORTOPEdia
ORTOPEDIA ELETIVA / OTORRINOLARINGOLOGIA
PEDIATRIA / PNEUMOLOGIA
PSICOLOGIA / UROLOGIA

376

EXAMES DE IMAGEM:
ENDOSCOPIA / RAIOS-X / ECOCARDIOGRAMA
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA / TOMOGRAFIA

ATESTADO DE COMPARECIMENTO

Sr.(a): Simone Maria Teixeira
da UEN Matricula: _____

Compareceu a este serviço das _____ às _____ horas, para: _____

- a) Consulta
- b) Acompanhar familiar
- c) Fazer exames

Podendo retornar ao trabalho: _____ Hora Marcada: _____

ATESTADO DE AFASTAMENTO

- 1) Deverá ter justificado (s) 01 (um) dias (s) (limite máximo de 15 dias)
- 2) Ficará afastado do trabalho por prazo superior a 15 dias, aproximadamente _____ dias devendo ser providenciado laudo pericial para o INSS enviar relatório ao médico perito.
- 3) Ficou internado do dia 1/1 ao dia 1/1 Caso o afastamento ultrapasse 15 dias, deverá ser providenciado laudo pericial para o INSS.
- 4) Acidente de trabalho. Necessita ser afastado:
Não
Sim, do dia 1/1 ao dia 1/1
Preencher as vias de acidente. Na falta delas, enviar relatório.

cas 2039
/

Ao funcionário - IMPORTANTE

- 1) Tendo hora marcada você poupará tempo.
- 2) Para que esta comunicação tenha valor faça-a chegar ao departamento pessoal dentro de no máximo 48 horas.
- 3) A referência do CID teve o pedido e consentimento do paciente.

UEN 22 de 03 de 19

De acordo, _____
Dr. João José Medeiros
CRM-MG 4377
Rua Casuarinas, 64 - Bairro Eldorado - Contagem / MG
www.hospitalsantahelenamg.com.br

De acordo, assinatura do paciente _____

