

372

Recibo de Pagamento (Folha de Pagamento)			Data e Assinatura			
Empregador ASSOCIAÇÃO DOS SURDOS DE CONTAGE			Inscrição CNPJ: 26.047.928/0001-15		Admissão 19/02/2019	Competência Maio de 2019
Empregado 000518 NAYARA FREITAS DE SOUSA			Cargo CUIDADOR		Lotação CUIDADORAS	
PIS 16626977637	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	


Recibo de Pagamento (Folha de Pagamento)			Data e Assinatura			
Empregador ASSOCIAÇÃO DOS SURDOS DE CONTAGE			Inscrição CNPJ: 26.047.928/0001-15		Admissão 19/02/2019	Competência Maio de 2019
Empregado 000518 NAYARA FREITAS DE SOUSA			Cargo CUIDADOR		Lotação CUIDADORAS	
PIS 16626977637	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

M618403639  
 Matrícula

M618886424  
 Matrícula

373

**Comprovante de transferência entre contas da CAIXA - TEV**

Via Internet Banking CAIXA

<b>Emitente:</b>	ASSOCIACAO DOS SURDOS DE CONTAGE
<b>Conta origem:</b>	0893 / 003 / 00004717-2
<b>Conta destino:</b>	0893 / 013 / 00079051-4

<b>Nome destinatário:</b>	NAYARA FREITAS DE SOUZA
<b>Valor:</b>	R\$ 903,00
<b>Identificação da operação:</b>	PAG SAL MAIO 2019

<b>Data de débito:</b>	03/06/2019
<b>Data/hora da operação:</b>	03/06/2019 15:32:26

<b>Código da operação:</b>	00260823
<b>Chave de segurança:</b>	1NJV5R2EYE1ZJ2RW

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

374

Empregador: ASSOCIAÇÃO DOS SURDOS DE CONTAGEM ASSOCIAÇÃO DOS SURDOS	CNPJ/CEI: 26.047.928/0001-15
Endereço: RUA RISO DO PRADO, 198	Período: De 26/04/2019 a 25/05/2019
Atividade:	Lotação: 002 CUIDADORAS
Empregado: 000518 NAYARA FREITAS DE SOUSA	Cargo: CUIDADOR
CTPS: 00009930528/00030	

Observações:  
REFERENTE AO MÊS 05/2019

Dia	E1	S1	E2	S2	Prorrogação		Assinatura/Justificativa
					E	S	
26	06:58	11:22	12:58	17:23			Nayara Freitas de Sousa
27	---	---	---	---			Sábado
28	---	---	---	---			Domingo
29	06:50	11:23	12:51	17:25			Nayara Freitas de Sousa
30	06:57	11:21	12:53	17:23			
01	---	---	---	---			Feriado - Dia do Trabalhador
02	06:56	11:22	12:54	17:22			Nayara Freitas de Sousa
03	06:58	11:21	12:55	17:20			Nayara Freitas de Sousa
04	---	---	---	---			Sábado
05	---	---	---	---			Domingo
06	06:50	11:22	12:55	17:22			Nayara Freitas de Sousa
07	06:55	11:23	12:56	17:21			Nayara Freitas de Sousa
08	06:57	11:22	12:50	17:23			Nayara Freitas de Sousa
09	06:56	11:24	12:56	17:25			Nayara Freitas de Sousa
10	06:58	11:20	12:51	17:23			Nayara Freitas de Sousa
11	---	---	---	---			Sábado
12	---	---	---	---			Domingo
13			Atestado				Nayara Freitas de Sousa
14			Atestado				Nayara Freitas de Sousa
15			Atestado				Nayara Freitas de Sousa
16			Atestado				Nayara Freitas de Sousa
17			Atestado				Nayara Freitas de Sousa
18	---	---	---	---			Sábado
19	---	---	---	---			Domingo
20			Atestado				Nayara Freitas de Sousa
21	06:58	11:21	12:55	17:25			Nayara Freitas de Sousa
22	06:59	11:22	12:55	17:21			Nayara Freitas de Sousa
23	06:55	11:24	12:56	17:20			Nayara Freitas de Sousa
24	06:56	11:23	12:50	17:22			Nayara Freitas de Sousa
25	---	---	---	---			Sábado

Nayara Freitas de Sousa  
Assinatura do Empregado

Eliane Cândida Costa Torres

MEI "Sagrado Coração de Jesus"  
Eliane Cândida Costa Torres  
CNPJ nº 01447579



Atestado que o(a) Sr(a) Nayara Freitas da Souza

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 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 02 ( Dois ) dias, a partir de 14 / 05 / 19 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 1988. (Licença - Maternidade).

**Este atestado perderá o valor em caso de rasura e de preenchimento sua portaria nº 50 de mais de um campo.**

Botiro Stória  
Data de saúde  
SMS - CONTAGEM

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL  
Dr. Laécio Lourenço Evangelista  
CRM-MG 76178  
CONTROLE 5105790

14/05/19



Atestado que o(a) Sr(a) Nayara de Freitas Souza

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 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 03 ( Três ) dias, a partir de 13 / 05 / 19 por motivo de doença CID A9p ( 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 1988. (Licença - Maternidade).

**Este atestado perderá o valor em caso de rasura e de preenchimento sua portaria nº 50 de mais de um campo.**

Botiro Stória  
Data de saúde  
SMS - CONTAGEM

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL  
Dr. Paulo Vinícius de Morato  
ROE Nº 2070 - MEDICINA INTERNA  
CRM-MG 9851  
CONTROLE 786533

13/05/19



Atesto que o(a) Sr(a) Nezera Freitas de Seno

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 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 03 ( um ) dias, a partir de 20/05/19 por motivo de doença CID: A90 ( a pedido do paciente). (Este atestado é válido p/ finalidades previstas no art. 143 § 1º do Decreto 2172 e 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 5/10/88. (Licença - Maternidade).

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

UNIDADE DE SAÚDE CSU Eldorado

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

DATA 20/05/19



Atesto que o(a) Sr(a) Abyara Frates de Souza

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 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 02 ( dois ) dias, a partir de 16/05/19 por motivo de doença CID: \_\_\_\_\_ ( a pedido do paciente). (Este atestado é válido p/ finalidades previstas no art. 143 § 1º do Decreto 2172 e 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 \_\_\_\_\_

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

DATA 16/05/19

