

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 Setembro 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)	1.103,24			
310	INSS	8%		88,25		
320	Vale-Transporte	6%		66,19		
			Total de Proventos 1.103,24	Total de Descontos 154,44		
			Líquido a Receber 948,80			
Salário Contratual 1.103,24	Base de Cálculo do INSS 1.103,24	Base de Cálculo do FGTS 1.103,24	FGTS 88,25	FGTS Contribuição Social	Base de Cálculo do IRRF	

384

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 Setembro 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)	1.103,24			
310	INSS	8%		88,25		
320	Vale-Transporte	6%		66,19		
			Total de Proventos 1.103,24	Total de Descontos 154,44		
			Líquido a Receber 948,80			
Salário Contratual 1.103,24	Base de Cálculo do INSS 1.103,24	Base de Cálculo do FGTS 1.103,24	FGTS 88,25	FGTS Contribuição Social	Base de Cálculo do IRRF	

Certificamos que o

Material

Serviço

deste documento foi recebido e conferido.

Assinatura: Matrícula: 1613903639

Assinatura: Matrícula: 1618886424

**TEV Enviada**

Via Internet Banking CAIXA

Conta origem:	0893 / 003 / 00004717-2
Conta destino:	0893 / 013 / 00077826-3
Nome destinatário:	PAULO CESAR DOS SANTOS
Quantidade de vezes:	
Valor:	R\$ 948,80
Data de débito:	04/10/2019
Data/hora da operação:	04/10/2019 15:44:31
Código da operação:	041544
Chave de segurança:	4EWM2FSQZNP6R48

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 CI CNPJ/CEI: 28.047.826/0001-16
 Endereço: RUA RISO DO PRADO, 198 Período: De 26/06/2019 a 25/06/2019
 Atividade: Localização: 012 CURADORAS

Empregado: 000508 PAULO CESAR DOS SANTOS Cargo: CUIDADOR CTPS: 00008239901/00050

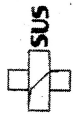
Dia	Prorrogação				Assinatura/Justificativa
	E1	S1	E2	S2	
26	06:58	11:26	12:57	17:29	Paulo Cesar dos Santos
27	07:01	11:28	12:59	17:29	Paulo Cesar dos Santos
28	06:53	11:31	12:56	17:26	Paulo Cesar dos Santos
29	07:01	11:25	12:58	17:38	Paulo Cesar dos Santos
30	FERIADO				
[REDACTED]					
02	06:53	11:26	12:52	17:33	Paulo Cesar dos Santos
03	06:53	11:26	12:58	17:33	Paulo Cesar dos Santos
04	ATESTADO				
05	07:01	11:24	12:55	17:30	Paulo Cesar dos Santos
06	06:53	11:29	12:52	17:29	Paulo Cesar dos Santos
[REDACTED]					
09	07:02	11:32	12:56	17:33	Paulo Cesar dos Santos
10	ATESTADO				
11	ATESTADO				
12	ATESTADO				
13	ATESTADO				
[REDACTED]					
16	ATESTADO				
17	07:01	11:26	12:58	17:31	Paulo Cesar dos Santos
18	06:53	11:29	12:57	17:32	Paulo Cesar dos Santos
19	07:03	11:28	12:55	17:33	Paulo Cesar dos Santos
20	06:58	11:27	12:59	17:38	Paulo Cesar dos Santos
[REDACTED]					
23	07:03	11:33	12:59	17:32	Paulo Cesar dos Santos
24	06:53	11:25	12:55	17:29	Paulo Cesar dos Santos
25	06:58	11:27	12:58	17:27	Paulo Cesar dos Santos

Paulo Cesar dos Santos
 Assinatura do Empregado

E.M. PROF. JULIANA DE MOURA WAGALHÃES
 Juliana de Moura Wagalhães
 Diretora
 Matrícula: 21363678



Prefeitura Municipal de Contagem
Secretaria Municipal de Saúde



ATESTADO

Atesto que o(a) Sr(a) Paulo Lima do Santos

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 válido como exame admissional, demissional ou periódico para fins de legislação a saúde do trabalhador vide portaria nº 24 de 29/12/84 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 9 (nove) dias, a partir de 10/09/19 por motivo de doença CID. F10 (a pedido do paciente). (Este atestado é válido p/ finalidades previstas no art. 143 § 1º do Decreto 2172 de 03/03/97, e Resolução CFM 1190/84 e será expedido para justificar o afastamento do trabalhador 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).

OBS: Este atestado perderá o valor em caso de rasura e de preenchimento de mais de um campo

UNIDADE DE SAÚDE

DATA 10/09/19

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

[Signature]

SMS-411



Prefeitura Municipal de Contagem
Secretaria Municipal de Saúde



ATESTADO

Atesto que o(a) Sr(a) Paulo Lima do Santos

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 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 1 (um) dias a partir de 04/09/19 por motivo de doença CID. R51 (a pedido do paciente). (Este atestado é válido p/ finalidades previstas no art. 143 § 1º do Decreto 2172 de 03/03/97 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).

OBS: Este atestado perderá o valor em caso de rasura e de preenchimento de mais de um campo

UNIDADE DE SAÚDE

DATA 04/09/19

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

[Signature]

SMS-411

UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA MARIA DA CONCEIÇÃO EQUIPE 71