

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 Junho de 2019
Empregado 000490 TAMARA GOMES DE SOUZA			Cargo CUIDADOR		Lotação CUIDADORAS	
PIS 12981009100	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	

386

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 Junho de 2019
Empregado 000490 TAMARA GOMES DE SOUZA			Cargo CUIDADOR		Lotação CUIDADORAS	
PIS 12981009100	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]

Assinatura

[Assinatura]

Assinatura

[Matrícula]

Matrícula

[Matrícula]

Matrícula



387

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 / 00047504-0
Nome destinatário:	TAMARA GOMES DE SOUZA
Valor:	R\$ 966,00
Identificação da operação:	PAG SAL JUNHO 2019
Data de débito:	03/07/2019
Data/hora da operação:	03/07/2019 16:02:41
Código da operação:	00170881
Chave de segurança:	UL8MFGY5PF5KJWX1

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				CNPJ/CEI: 26.047.928/0001-15			
Endereço: RUA RISO DO PRADO, 198				Período: De 26/05/2019 a 25/06/2019			
Atividade:				Lotação: 002 CUIDADORAS			
Empregado: 000490 TAMARA GOMES DE SOUZA				Cargo: CUIDADOR		CTPS: 00003757187/00030	
Dia	Prorrogação				Assinatura/Justificativa		
	E1	S1	E2	S2			E
26	---	---	---	---		Domingo	
27	07:04	11:24	13:03	17:23		Tamara G. de Souza	
28	07:03	11:23	13:00	17:25		Tamara G. de Souza	
29	06:57	11:25	12:57	17:26		Tamara G. de Souza	
30	07:00	11:26	Paralisação			Tamara G. de Souza	
31	07:02	11:24	13:01	17:25		Tamara G. de Souza	
01	---	---	---	---		Sábado	
02	---	---	---	---		Domingo	
03	07:00	11:24	13:00	17:25		Tamara G. de Souza	
04	06:58	11:25	13:01	17:26		Tamara G. de Souza	
05	06:59	11:24	13:02	17:26		Tamara G. de Souza	
06	06:59	11:26	13:00	17:24		Tamara G. de Souza	
07	Festivo					Festivo	
08	---	---	---	---		Sábado	
09	---	---	---	---		Domingo	
10	Festivo					Festivo	
11	06:57	11:21	13:01	17:23		Tamara G. de Souza	
12	07:00	11:23	12:56	17:24		Tamara G. de Souza	
13	06:57	11:26	13:02	17:26		Tamara G. de Souza	
14	Paralisação					Paralisação	
15	---	---	---	---		Sábado	
16	---	---	---	---		Domingo	
17	07:02	11:24	13:03	17:25		Tamara G. de Souza	
18	07:00	11:26	13:00	17:22		Tamara G. de Souza	
19	06:56	11:21	13:02	17:26		Tamara G. de Souza	
20	Feriado					Feriado	
21	Recesso					Recesso	
22	---	---	---	---		Sábado	
23	---	---	---	---		Domingo	
24	07:02	11:24	12:55	17:25		Tamara G. de Souza	
25	07:00	11:25	13:00	17:23		Tamara G. de Souza	

Kátia da Cruz Ferreira
 E. M. René Chateaubriand Domingues
 Kátia da Cruz Ferreira - Diretora
 Mat.: 1085286

Tamara G. de Souza
 Assinatura do Empregado

E. M. "René Chateaubriand Domingues" Ens. Fundamento
 Rua Padre José Maria de Man, 30 - Novo Riacho
 Autorizado Portarias 58/78 - 091/80 e 157/03-55 e 157/03-55
 Lei de Criação n.º 1229 de 25/11/79
 Autorizado Portarias 58/78 - 091/80 e 157/03-55 e 157/03-55
 Lei de Criação n.º 1229 de 25/11/79
 Rua Padre José Maria de Man, 30 - Novo Riacho
 E. M. "René Chateaubriand Domingues" Ens. Fundamento
 Telefax: 3352-5587 - Contagem - Minas Gerais

Atestado que o(a) Sr(a) Tamara Gomes 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 infeccio-contagiosas, de alterações evidentes de órgãos dos sentidos ou vícios de conformação física. Durante a entrevista não evidenciou sinais de déficit ou doença neuropsiquiátrica. (Esta atestado não é válido como exame médico administrativo, que necessita ser emitido para fins de legislação de segurança e 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 01 (um) dias, a partir de 07/06/2019 por motivo de doença CID: _____ (a pedido do paciente). (Este atestado é válido p/ finalidades previstas no art. 143 § 1º do Decreto 2.172 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 disposto 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 _____

DATA 07/06/2019 _____ Médico
ASSINATURA E CARRIMBO DO RESPONSÁVEL
CRM-MG 79580

CENTRO DE SAÚDE
 NOVO RIACHO
 Rua Rio Orenoco, 457

<https://mail.google.com/mail/u/0/?tab=wm#inbox/FmgxwChZImGmJwqBhKkBDqWVDnWR?projector=1&messagePartId=0.1>

Atestado que o(a) Sr(a) Tamara Gomes 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 infeccio-contagiosas, de alterações evidentes de órgãos dos sentidos ou vícios de conformação física. Durante a entrevista não evidenciou sinais de déficit ou doença neuropsiquiátrica. (Esta atestado não é válido como exame médico administrativo, que necessita ser emitido para fins de legislação de segurança e 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 01 (um) dias, a partir de 10/06/2019 por motivo de doença CID: _____ (a pedido do paciente). (Este atestado é válido p/ finalidades previstas no art. 143 § 1º do Decreto 2.172 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 disposto 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 _____

DATA 07/06/2019 _____ Médico
ASSINATURA E CARRIMBO DO RESPONSÁVEL
CRM-MG 79580

CENTRO DE SAÚDE
 NOVO RIACHO
 Rua Rio Orenoco, 457