

Recibo de Pagamento ( Folha de Pagamento )			Data e Assinatura		
Empregador ASSOCIACAO DOS SURDOS DE CONTAGE		Inscrição CNPJ: 26.047.928/0001-15		Admissão 27/02/2019	Competência Maio de 2019
Empregado 000529 PRISCILA DE OLIVEIRA PAULINO SANTOS		Cargo CUIDADOR		Lotação CUIDADORAS	
PIS 12782298137	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	
			Total de Proventos 1.082,80	Total de Descontos 84,00	
				Líquido a Receber 998,80	
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		Inscrição CNPJ: 26.047.928/0001-15		Admissão 27/02/2019	Competência Maio de 2019
Empregado 000529 PRISCILA DE OLIVEIRA PAULINO SANTOS		Cargo CUIDADOR		Lotação CUIDADORAS	
PIS 12782298137	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	
			Total de Proventos 1.082,80	Total de Descontos 84,00	
				Líquido a Receber 998,80	
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 o

Material

Serviço

deste documento foi recebido e conferido.

*[Assinatura]*

Assinatura

*MG15903639*

Matrícula

*[Assinatura]*

Assinatura

*MG18886424*

Matrícula

391

**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>	0082 / 013 / 00266507-6

<b>Nome destinatário:</b>	PRISCILA OLIVEIRA P SANTO
<b>Valor:</b>	R\$ 998,80
<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 15:39:58

<b>Código da operação:</b>	00262143
<b>Chave de segurança:</b>	WZVE7CLPMZTF9CGK

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

392

Empregador: ASSOCIACAO DOS SURDOS DE CONTAGEM ASSOCIACAO DOS SURDOS  
 Endereço: RUA RISO DO PRADO, 198  
 Atividade:  
 CNPJ/CEI: 26.047.928/0001-15  
 Período: De 26/04/2019 a 25/05/2019  
 Lotação: 002 CUIDADORAS  
 Empregado: 000529 PRISCILA DE OLIVEIRA PAULINO SANTOS  
 Cargo: CUIDADOR  
 CTPS: 00004729062/00020

Observações:  
**REFERENTE AO MÊS 05/2019**

Dia	E1	S1	E2	S2	Prorrogação		Assinatura/Justificativa
					E	S	
26	6:59	11:24	13:00	17:25			Priscila de Oliveira
27	---	---	---	---			Sábado
28	---	---	---	---			Domingo
29	7:01	11:25	13:02	17:26			Priscila de Oliveira
30	ATESTADO MEDICO						
01	---	---	---	---			Feriado - Dia do Trabalhador
02	ATESTADO MEDICO						
03	ATESTADO MEDICO						
04	---	---	---	---			Sábado
05	---	---	---	---			Domingo
06	6:58	11:26	13:01	17:27			Priscila de Oliveira
07	7:09	11:25	13:02	17:23			Priscila de Oliveira
08	6:59	11:24	13:03	17:25			Priscila de Oliveira
09	7:03	11:27	13:04	17:24			Priscila de Oliveira
10	7:01	11:23	13:00	17:26			Priscila de Oliveira
11	---	---	---	---			Sábado
12	---	---	---	---			Domingo
13	7:01	11:25	13:02	17:28			Priscila de Oliveira
14	6:58	11:24	13:03	17:25			Priscila de Oliveira
15	Paralisação						Paralisação
16	6:59	11:25	13:01	17:25			Priscila de Oliveira
17	7:02	11:26	13:02	17:26			Priscila de Oliveira
18	---	---	---	---			Sábado
19	---	---	---	---			Domingo
20	6:58	11:24	13:03	17:26			Priscila de Oliveira
21	7:03	11:27	13:04	17:27			Priscila de Oliveira
22	7:01	11:26	13:02	17:24			Priscila de Oliveira
23	6:59	11:25	13:01	17:25			Priscila de Oliveira
24	7:02	11:24	13:05	17:24			Priscila de Oliveira
25	---	---	---	---			Sábado

Priscila de Oliveira Paulino Santos  
 Assinatura do Empregado



*[Handwritten Signature]*  
 M. Cândida Rosa do Espírito Santo  
 Jacqueline A. O. Gomes  
 Diretora - Mat. 280674

**Atestado Médico**

Atesto para os devidos fins que, o (a)

Sr(a) PRISCILA DE OLIVEIRA PAULINO SANTOS  
está sob meus cuidados médicos e necessita de 01 dia(s) de afastamento de suas atividades  
profissionais.

CID: N 390

Belo Horizonte, 30/04/2019

  
Dr. Leonardo Lanni De Oliveira  
MÉDICO  
CRM 68487  
CONTROLE 3842450



Atestado Médico

Atesto para os devidos fins que, o (a)

Sr(a) PRISCILA DE OLIVEIRA PAULINO SANTOS  
está sob meus cuidados médicos e necessita de 03 dia(s) de afastamento de suas atividades  
profissionais.

Belo Horizonte, 01/05/2019

