

| Recibo de Pagamento (Folha de Pagamento) | | Data e Assinatura | | | |
|--|---|-------------------------|------------------------------|----------|--------------------------|
| Empregador ASSOCIACAO DOS SURDOS DE CONTAGE | Empregado 000493 TATIANA PORTO LOPES | Admissão 18/02/2019 | Competência Abril de 2019 | | |
| PIS 16059120572 | | Tipo de Conta | | | |
| Discriminação das Verbas | | Tipo de Conta | | | |
| Cod. | Descrição | Referência | Provento | Desconto | |
| 010 | Salário-Família | 2 cota(s) | 65,60 | | |
| 011 | Salário-Base | 30 dia(s) | 1.050,00 | | |
| 310 | INSS | 8% | | 84,00 | |
| | | | Total de Proventos | 1.115,60 | |
| | | | Total de Descontos | 84,00 | |
| | | | Líquido a Receber | | |
| | | | 1.031,60 | | |
| | | | Base de Cálculo do IRRF | | |
| | | | | | |
| Salário Contratual | | Base de Cálculo do INSS | Base de Cálculo do FGTS | FGTS | FGTS Contribuição Social |
| 1.050,00 | | 1.050,00 | 1.050,00 | 84,00 | FGTS Contribuição Social |


| Recibo de Pagamento (Folha de Pagamento) | | Data e Assinatura | | | |
|--|---|-------------------------|------------------------------|----------|--------------------------|
| Empregador ASSOCIACAO DOS SURDOS DE CONTAGE | Empregado 000493 TATIANA PORTO LOPES | Admissão 18/02/2019 | Competência Abril de 2019 | | |
| PIS 16059120572 | | Tipo de Conta | | | |
| Discriminação das Verbas | | Tipo de Conta | | | |
| Cod. | Descrição | Referência | Provento | Desconto | |
| 010 | Salário-Família | 2 cota(s) | 65,60 | | |
| 011 | Salário-Base | 30 dia(s) | 1.050,00 | | |
| 310 | INSS | 8% | | 84,00 | |
| | | | Total de Proventos | 1.115,60 | |
| | | | Total de Descontos | 84,00 | |
| | | | Líquido a Receber | | |
| | | | 1.031,60 | | |
| | | | Base de Cálculo do IRRF | | |
| | | | | | |
| Salário Contratual | | Base de Cálculo do INSS | Base de Cálculo do FGTS | FGTS | FGTS Contribuição Social |
| 1.050,00 | | 1.050,00 | 1.050,00 | 84,00 | FGTS Contribuição Social |


Certificamos que o

Material

Serviço

deste documento foi recebido e conferido.

Assinatura  Matricula MG188861414

Assinatura  Matricula MG15903639



422

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: | 1529 / 013 / 00046440-7 |

| | |
|-----------------------------------|---------------------|
| Nome destinatário: | TATIANA PORTO LOPES |
| Valor: | R\$ 1.031,60 |
| Identificação da operação: | PAG SAL ABRIL 2019 |

| | |
|-------------------------------|---------------------|
| Data de débito: | 03/05/2019 |
| Data/hora da operação: | 03/05/2019 11:38:30 |

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 00147962 |
| Chave de segurança: | 5JENE5HV3TKKL6HJ |

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

423

CONTROLE DE FREQUÊNCIA

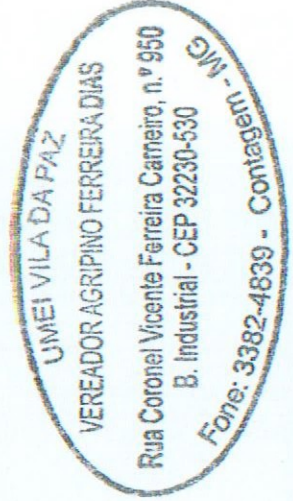
Empregador: ASSOCIAÇÃO DOS SURDOS DE CONTAGEM ASSOCIAÇÃO DOS SURDOS D
 Endereço: RUA RISO DO PRADO, 198
 Atividade:
 CNPJ/CEI: 26.047.928/0001-15
 Período: De 26/03/2019 a 25/04/2019
 Lotação: 002 CUIDADORAS
 CTPS: 0000-4958391/00051

Empregado: 000493 TATIANA PORTO LOPES
 Cargo: CUIDADOR

| Dia | Prorrogação | | | | | | | Assinatura/Justificativa |
|-----|-----------------|-------|-------|-------|---|---|---------------------|--------------------------|
| | E1 | S1 | E2 | S2 | E | S | | |
| 26 | 07:30 | 11:20 | 12:55 | 17:20 | | | Tatiana Porto Lopes | |
| 27 | 06:35 | 11:18 | 13:00 | 17:15 | | | Tatiana Porto Lopes | |
| 28 | 06:45 | 11:23 | 13:01 | 17:25 | | | Tatiana Porto Lopes | |
| 29 | Atestado medico | | | | | | | |
| 30 | | | | | | | Sábado | |
| 31 | | | | | | | Domingo | |
| 01 | 07:01 | 11:20 | 13:00 | 17:20 | | | Tatiana Porto Lopes | |
| 02 | 06:30 | 11:20 | 13:02 | 17:30 | | | Tatiana Porto Lopes | |
| 03 | 07:12 | 11:20 | 13:00 | 17:15 | | | Tatiana Porto Lopes | |
| 04 | 06:40 | 11:22 | 13:01 | 17:20 | | | Tatiana Porto Lopes | |
| 05 | 06:50 | 11:25 | 13:05 | 17:30 | | | Tatiana Porto Lopes | |
| 06 | | | | | | | Sábado | |
| 07 | | | | | | | Domingo | |
| 08 | 06:48 | 11:20 | 13:01 | 17:15 | | | Tatiana Porto Lopes | |
| 09 | 07:15 | 11:22 | 12:58 | 17:20 | | | Tatiana Porto Lopes | |
| 10 | 07:05 | 11:18 | 12:55 | 17:25 | | | Tatiana Porto Lopes | |
| 11 | 07:00 | 11:20 | 13:00 | 17:35 | | | Tatiana Porto Lopes | |
| 12 | Feriado | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | Sábado | |
| 14 | | | | | | | Domingo | |
| 15 | 07:00 | 11:20 | 13:01 | 17:30 | | | Tatiana Porto Lopes | |
| 16 | 07:20 | 11:15 | 13:00 | 17:25 | | | Tatiana Porto Lopes | |
| 17 | 07:10 | 11:20 | 12:55 | 17:15 | | | Tatiana Porto Lopes | |
| 18 | Feriado | | | | | | | |
| 19 | Feriado | | | | | | | |
| 20 | | | | | | | Sábado | |
| 21 | | | | | | | Domingo | |
| 22 | 07:15 | 11:25 | 13:01 | 17:09 | | | Tatiana Porto Lopes | |
| 23 | 07:40 | 11:20 | 12:55 | 17:35 | | | Tatiana Porto Lopes | |
| 24 | 07:00 | 11:30 | 13:00 | 17:30 | | | Tatiana Porto Lopes | |
| 25 | 07:02 | 11:28 | 13:01 | 17:20 | | | Tatiana Porto Lopes | |

Tatiana Porto Lopes
 Assinatura do Empregado

M Bartoli
 Umei Vila da Paz
 Luciene de Souza Bartoli
 Diretora
 Matrícula: 29424-1



Secretaria Municipal de Saude
ATESTADO

424

Ato(a) que o(a) Sr(a) Tatiane Ribeiro Lopes
portador da Carteira Profissional nº _____
e Carteira de Identidade nº MG-15.148.966

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 valido como exame admissional, demissional ou período 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.

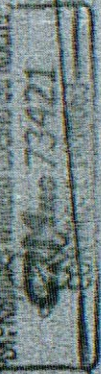
Necessita permanecer afastado do trabalho por 15 (Quinze) dias, a partir de 29/03/19 por motivo de doença CID M59.5 (a pedido do paciente). (Este atestado é válido p/ finalidades previstas no art. 143 § 1º do Decreto 2172 de 05/03/97, e Resolução CFM. 1190/84 e será expedido para justificar o afastamento do trabalho de 12 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 falsura e de preenchimento de mais de um campo VERDE, 171

PRACHTO DAS PEDRAS

| | |
|------------------|--|
| UNIDADE DE SAUDE | |
| DATA | ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL |
| 29/03/19 |  |

SMS-A11