

433

Recibo de Pagamento (Folha de Pagamento)		Data e Assinatura	
Empreendedor ASSOCIACAO DOS SURDOS DE CONTAGE		Inscrição CNPJ: 26.047.928/0001-15	Competência Setembro de 2019
Empregado 000530 SORAYA CAETANO SANTOS		Cartão CUIDADOR	Letração CUIDADORAS
PIS 12772763112	Banco	Agência	Conta
Discriminação das Verbas			
Cod.	Descrição	Referência	Provento
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
		Base de Cálculo do IRRF	


Recibo de Pagamento (Folha de Pagamento)		Data e Assinatura	
Empreendedor ASSOCIACAO DOS SURDOS DE CONTAGE		Inscrição CNPJ: 26.047.928/0001-15	Competência Setembro de 2019
Empregado 000530 SORAYA CAETANO SANTOS		Cartão CUIDADOR	Letração CUIDADORAS
PIS 12772763112	Banco	Agência	Conta
Discriminação das Verbas			
Cod.	Descrição	Referência	Provento
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
		Base de Cálculo do IRRF	

Certificamos que o

Material

Serviço

deste documento foi recebido e conferido.


 Assinatura

MS15203639
 Matrícula

MG18886424
 Matrícula

934

CAIXA**TEV Enviada**

Via Internet Banking CAIXA

Conta origem: 0893 / 003 / 00004717-2
Conta destino: 0085 / 013 / 00977580-9
Nome destinatário: SORAYA CAETANO SANTOS VIANA
Quantidade de vezes:
Valor: R\$ 948,80
Data de débito: 04/10/2019
Data/hora da operação: 04/10/2019 15:50:07
Código da operação: 041550
Chave de segurança: 0EQ8NXLMYA5A09T3

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

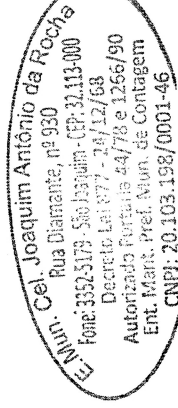
SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

CONTROLE DE FREQUÊNCIA

Empregador: ASSOCIAÇÃO DOS SURDOS DE CONTAGEM ASSOCIAÇÃO DOS SURDOS D	CNPJ/CEI: 26.047.928/0001-15
Endereço: RUA RISO DO PRADO, 198	Período: De 26/08/2019 a 25/09/2019
Atividade:	Lotação: 002 CUIDADORAS
Empregado: 000530 SORAYA CAETANO SANTOS	CTPS: 00006137098/00040

Dia	E1	S1	E2	S2	Prorrogação		Assinatura/Justificativa
					E	S	
26	7:01	11:26	13:02	17:26			Soraya Caetano Santos
27	7:03	11:28	13:04	17:27			Soraya Caetano Santos
28	7:04	11:27	13:05	17:25			Soraya Caetano Santos
29	7:02	11:25	13:03	17:26			Soraya Caetano Santos
30	Feriado, Facultativo						Sábado
31							Domingo
01							
02	7:02	11:25	13:01	17:27			Soraya Caetano Santos
03	7:01	11:27	13:03	17:25			Soraya Caetano Santos
04	7:04	11:26	13:05	17:28			Soraya Caetano Santos
05	7:03	11:28	13:04	17:27			Soraya Caetano Santos
06	7:05	11:26	13:02	17:26			Soraya Caetano Santos
07							Sábado
08							Domingo
09	7:02	11:27	13:03	17:28			Soraya Caetano Santos
10	7:03	11:28	13:05	17:26			Soraya Caetano Santos
11	Ateletado						
12	7:01	11:26	13:04	17:27			Soraya Caetano Santos
13	7:02	11:25	13:02	17:25			Soraya Caetano Santos
14							Sábado
15							Domingo
16	7:02	11:26	13:01	17:26			Soraya Caetano Santos
17	7:01	11:27	13:02	17:28			Soraya Caetano Santos
18	7:04	11:25	13:04	17:27			Soraya Caetano Santos
19	7:03	11:28	13:01	17:25			Soraya Caetano Santos
20	7:03	11:25	13:03	17:26			Soraya Caetano Santos
21							Sábado
22							Domingo
23	7:03	11:28	13:04	17:28			Soraya Caetano Santos
24	7:02	11:26	13:02	17:25			Soraya Caetano Santos
25	7:01	11:25	13:03	17:27			Soraya Caetano Santos

Soraya Caetano Santos
Assinatura do Empregado



E.M. Coronel Joaquim Antônio da Rocha
André Luis do Couto Avellar
Diretor Escolar - Matrícula: 0127979-0



PREFEITURA
BELO HORIZONTE

ATESTADO PARA ABONO DE FALTA(S) AO TRABALHO

FUNDAMENTAÇÃO LEGAL DESTE ATESTADO:

Este atestado visa atender o que determina o Artigo 75 do Decreto No. 3.048/99, que Aprova o Regulamento da Previdência Social, podendo ser emitido somente por médico (conforme estabelecem a Lei Nº 605/49 e a Resolução CFM Nº 1.851/08) ou cirurgião-dentista (conforme estabelecem a Lei Nº 5.081/66 e a Resolução CFO Nº 87/09), bem como as leis similares dos regimes estatutários dos servidores públicos e será expedido para justificar o afastamento do trabalho de 1 a 15 dias. Quando a incapacidade ultrapassar quinze dias consecutivos o paciente deverá ser encaminhado à instituição da previdência social a que estiver filiado.

Unidade de Saúde: C. S. SÃO JOSÉ

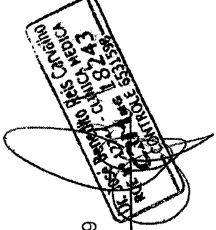
Ato que SORAYA CAETANO SANTOS, CNS nº 706408602545088 e Carteira de Identidade nº M6314284, necessita permanecer afastado(a) do trabalho por 1 (um dia), a partir de 11/09/2019 por motivo de doença, conforme por mim registrado em seu prontuário.

CID-10: R10

R10 Dor abdominal e pélvica

Belo Horizonte, 11 de setembro de 2019

Dr(a) JOSE BENEDITO REIS CARVALHO
CRM-MG:18243 / CNS: 122472496490007



AUTORIZAÇÃO

Autorizo o(a) Dr(a) JOSE BENEDITO REIS CARVALHO a registrar o diagnóstico por extensão e/ou codificado pelo CID-10 neste atestado para abono de falta(s) ao trabalho.

Assinatura do Paciente ou Responsável

Data de atendimento: 11/09/2019

Data de impressão: 11/09/2019 - 09:49

Impresso por: JOSE BENEDITO REIS CARVALHO

436