

437

Recibo de Pagamento (Folha de Pagamento)		Data e Assinatura	
Empregador ASSOCIACAO DOS SURDOS DE CONTAGE		Inscrição 18/02/2019	
Empregado 000482 SAMARA MARIA TEIXEIRA DA COSTA		Competência Agosto de 2019	
PIS 13786638275		Cargo CUIDADORAS	
Banco		Conta	
Agência		Tipo de Conta	
Discriminação das Verbas			
Cod.	Descrição	Referência	Desconto
007	Dissídio Mai/Jun/Jul		
010	Salário-Família	1 cota(s)	159,71
011	Salário-Base	30 dia(s)	32,80
310	INSS	8%	1.103,24
320	Vale-Transporte	6%	83,38
321	Falta	3 dia(s)	66,19
349	DSR Desconto	3 dia(s)	110,32
Total de Proventos			1.295,75
Total de Descontos			370,21
Líquido a Receber			925,54
Base de Cálculo do IRRF			925,54
Salário Contratual	1.103,24	Base de Cálculo do FGTS	1.042,31
		FGTS	83,38
		FGTS Contribuição Social	

Recibo de Pagamento (Folha de Pagamento)		Data e Assinatura	
Empregador ASSOCIACAO DOS SURDOS DE CONTAGE		Inscrição 18/02/2019	
Empregado 000482 SAMARA MARIA TEIXEIRA DA COSTA		Competência Agosto de 2019	
PIS 13786638275		Cargo CUIDADORAS	
Banco		Conta	
Agência		Tipo de Conta	
Discriminação das Verbas			
Cod.	Descrição	Referência	Desconto
007	Dissídio Mai/Jun/Jul		
010	Salário-Família	1 cota(s)	159,71
011	Salário-Base	30 dia(s)	32,80
310	INSS	8%	1.103,24
320	Vale-Transporte	6%	83,38
321	Falta	3 dia(s)	66,19
349	DSR Desconto	3 dia(s)	110,32
Total de Proventos			1.295,75
Total de Descontos			370,21
Líquido a Receber			925,54
Base de Cálculo do IRRF			925,54
Salário Contratual	1.103,24	Base de Cálculo do FGTS	1.042,31
		FGTS	83,38
		FGTS Contribuição Social	

Material
 Serviço

Certificamos que o
 deste documento foi recebido e conferido.

Assinatura: *[Assinatura]*
 Matrícula: *05.12902632*

CAIXA**TEV Enviada**

Via Internet Banking CAIXA

Conta origem: 0893 / 003 / 00004717-2**Conta destino:** 0893 / 013 / 00068509-5**Nome destinatário:**

SAMARA MARIA TEIXEIRA DA COSTA

Quantidade de vezes:**Valor:** R\$ 925,54**Data de débito:**

04/09/2019

Data/hora da operação:

04/09/2019 15:38:14

Código da operação: 041538**Chave de segurança:** CK553V7A9ELR23WY

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

-JAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

438

CONTROLE DE FREQUÊNCIA

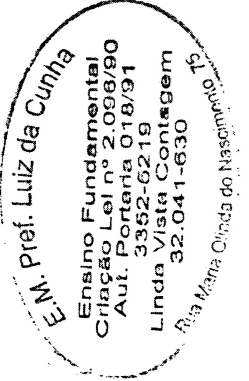
Empregador: ASSOCIAÇÃO DOS SURDOS DE CONTAGEM ASSOCIAÇÃO DOS SURDOS DE CONTAGEM
 Endereço: RUA RISO DO PRADO, 198
 Atividade:
 Empregado: 000482 SAMARA MARIA TEIXEIRA DA COSTA Cargo: CUIDADOR

CNPJ/CEI: 26.047.928/0001-15
 Período: De 26/07/2019 a 25/08/2019
 Lotação: 002 CUIDADORAS
 CTPS: 00004273038/00020

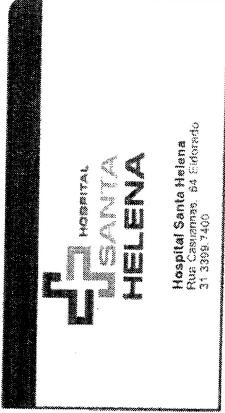
Observações:
 REFERENTE AO MÊS 08/2019

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

Samará Maria
 Assinatura do Empregado



E.M. Prefeito Luiz da Cunha
 Marisa Souza da Silva Morelli
 Diretor Escolar



ESPECIALIDADES ATENDIDAS:

- CARDIOLOGIA / CIRURGIA PLÁSTICA
- CIRURGIA PROCTOLÓGICA / CIRURGIA VASCULAR
- CLÍNICA DE CIRURGIA GERAL / CLÍNICA MÉDICA
- GASTROENTEROLOGIA / DERMATOLOGIA
- INFECTOLOGIA / NEUROLOGIA / ONCOLOGIA
- ORTOPEDIA / ORTOPEDIA
- OTORRINOLARINGOLOGIA
- PEDIATRIA / PNEUMOLOGIA
- PSICOLOGIA / UROLOGIA
- EXAMES DE IMAGEM:
- ENDOSCOPIA / RAO-X / ECOCARDIOGRAMA
- RESSONÂNCIA MAGNÉTICA / TOMOGRAFIA

ATESTADO DE COMPARCELIAMENTO

Sr.(a): Amoc Mauz Tenorio de Aze

Compareceu a este serviço das _____ horas, para: _____
Matricula: _____

- a) Consulta
- b) Acompanhar familiar
- c) Fazer exames

Podendo retornar ao trabalho: _____ Hora Marcada: _____

ATESTADO DE AFASTAMENTO

- 1) Deverá ter justificado (s) 21 dias (s) (limite máximo de 15 dias)
- 2) Ficará afastado do trabalho por prazo superior a 15 dias, aproximadamente _____ dias devendo ser providenciado laudo pericial para o INSS enviar relatório ao médico perito.
- 3) Ficou internado do dia _____ ao dia _____ Caso o afastamento ultrapasse 15 dias, deverá ser providenciado laudo pericial para o INSS.
- 4) Acidente de trabalho. Necessita ser atestado:
 Não _____
 Sim, do dia _____ ao dia _____
 Preencher as vias de acidente. Na falta delas, enviar relatório.

Ao funcionário - IMPORTANTE

- 1) Tendo hora marcada você poupará tempo.
- 2) Para que esta comunicação tenha valor faça-a chegar ao departamento pessoal dentro de no máximo 48 horas.
- 3) A referência de CID teve o devido e consentimento do paciente.

Dr. Eduardo José Costa
MÉDICO
CRM - MG 19187

09 de 19

De acordo, assinatura do médico

De acordo, assinatura do paciente

Rua Casuarinas, 64 - Bairro Eldorado - Contagem / MG
www.hospitalsantahelenaimg.com.br