

Recibo de Pagamento (Folha de Pagamento)				Data e Assinatura	
Empregador: ASSOCIAÇÃO DOS SURDOS DE CONTAGE		Inscrição CNPJ: 26.047.928/0001-15	Admissão 18/02/2019	Competência Setembro de 2019	
Empregado: 000487 STEICE STEFANE SILVA SIQUEIRA		Cartão CUIDADOR	Lotação CUIDADORAS		
PIS 16303614613		Banco	Conta	Tipo de Conta	
Discriminação das Verbas					
Cod.	Descrição	Referência	Provento	Desconto	
011	Salário-Base	30 dia(s)	1.103,24		
915	Reembolso de Passagem		10,70		
310	INSS	8%		88,25	
			Total de Proventos	Total de Descontos	
			1.113,94	88,25	
			Líquido a Receber		
			1.025,69		
Salário Contratual		Base de Cálculo do FGTS	FGTS	Base de Cálculo do IRRF	
1.103,24		1.103,24	88,25	1.113,94	

Recibo de Pagamento (Folha de Pagamento)				Data e Assinatura	
Empregador: ASSOCIAÇÃO DOS SURDOS DE CONTAGE		Inscrição CNPJ: 26.047.928/0001-15	Admissão 18/02/2019	Competência Setembro de 2019	
Empregado: 000487 STEICE STEFANE SILVA SIQUEIRA		Cartão CUIDADOR	Lotação CUIDADORAS		
PIS 16303614613		Banco	Conta	Tipo de Conta	
Discriminação das Verbas					
Cod.	Descrição	Referência	Provento	Desconto	
011	Salário-Base	30 dia(s)	1.103,24		
915	Reembolso de Passagem		10,70		
310	INSS	8%		88,25	
			Total de Proventos	Total de Descontos	
			1.113,94	88,25	
			Líquido a Receber		
			1.025,69		
Salário Contratual		Base de Cálculo do FGTS	FGTS	Base de Cálculo do IRRF	
1.103,24		1.103,24	88,25	1.113,94	

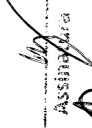
Certificamos que o

Material

Serviço

deste documento foi recebido e conferido.

Assinatura



Assinatura

Matrícula

0065903639

Matrícula

MG18866424

Matrícula

CAIXA**TEV Enviada**

Via Internet Banking CAIXA

Conta origem:	0893 / 003 / 00004717-2
Conta destino:	2432 / 013 / 00036140-9

Nome destinatário:	STEICE STEFANE SILVA SIQUEIRA
Quantidade de vezes:	
Valor:	R\$ 1.025,69

Data de débito:	04/10/2019
Data/hora da operação:	04/10/2019 15:50:35

Código da operação:	041550
Chave de segurança:	57ULHEKLTKPJVEVP

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

438

439

CONTROLE DE FREQUÊNCIA

Empregador: ASSOCIAÇÃO DOS SURDOS DE CONTAGEM ASSOCIAÇÃO DOS SURDOS DE CONTAGEM
 Endereço: RUA RISO DO PRADO, 198
 Atividade:
 Empregado: 000467 STEICE STEFANE SILVA SIQUEIRA
 CNPJ/CEI: 26.047.928/0001-15
 Período: De 26/08/2019 a 25/09/2019
 Lotação: 002 CUIDADORAS
 CTPS: 00000094014/00137

Dia	CARGO: CUIDADOR					Prorrogação	Assinatura/Justificativa
	E1	S1	E2	S2	E		
26	07:00	11:24	12:50	17:24			ESCOLA MUNICIPAL MARIA DO CAROLINO - MEVC Rua VL 30, nº 2072 Nova Contagem III Tel.: 3352-5379
27	06:58	11:28	12:56	17:27			
28	06:51	11:31	12:59	17:26			
29	07:03	11:09	13:00	17:20			
30	Feriado facultativo						
31	---						Sábado
01	---						Domingo
02	06:59	11:30	13:01	17:21			Sábado
03	07:03	11:26	12:57	17:23			
04	06:46	11:29	12:59	17:29			
05	06:56	11:25	12:58	17:29			
06	06:49	11:23	13:00	17:24			Domingo
07	---						
08	---						
09	07:00	11:30	13:00	17:28			
10	06:54	11:29	12:58	17:15			Sábado
11	06:56	11:24	12:56	17:30			
12	06:56	11:20	12:50	17:20			
13	06:59	11:26	12:51	17:25			
14	---						Domingo
15	---						
16	07:02	11:24	12:56	17:30			
17	07:00	11:28	12:50	17:24			
18	06:48	11:20	12:51	17:27			Sábado
19	06:53	11:25	12:55	17:29			
20	06:55	11:23	12:59	17:20			
21	---						
22	---						Domingo
23	06:50	11:26	12:58	17:21			
24	---						
25	---						

Tania Maria de Souza
Aice Diretora

[Handwritten Signature]
Tania Maria de Souza
Aice Diretora

[Handwritten Signature]
Assinatura do Empregado

440



Prefeitura Municipal de Contagem
Secretaria Municipal de Saúde



ATESTADO MÉDICO

Atesto que o(a) Sr(a) Steice Stefane Silva Siqueira
portador da Carteira Profissional nº _____
e Carteira de Identidade nº _____

Não apresenta ao exame clínico de rotina realizado nesta data sinais de doença 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 válido como exame admissional, demissional ou periódico 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 03 dias dias, a partir de 24/09/19 por motivo de doença CID: S11 (a pedido do paciente). (Este atestado é válido para 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 1 a 15 dias).

Deverá afastar-se do trabalho no período de _____ a _____, conforme o dispositivo 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:

24/09/19
[Assinatura]
ASSINATURA E CANCELAMENTO RESPONSÁVEL:
Dr. Adriano T. Sobrinho
Clínica Médica
CRM 28793