

Recibo de Pagamento ( Folha de Pagamento )			Data e Assinatura		
Empregador ASSOCIACAO DOS SURDOS DE CONTAGE			Inscrição CNPJ: 26.047.928/0001-15	Admissão 18/02/2019	Competência Junho de 2019
Empregado 000504 IVANILDE ALVES DA CRUZ			Cargo CUIDADOR		Lotação CUIDADORAS
PIS 12865622128	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	
320	Vale-Transporte	6%		63,00	
			Total de Proventos 1.082,80	Total de Descontos 147,00	
				Líquido a Receber 935,80	
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

468

Recibo de Pagamento ( Folha de Pagamento )			Data e Assinatura		
Empregador ASSOCIACAO DOS SURDOS DE CONTAGE			Inscrição CNPJ: 26.047.928/0001-15	Admissão 18/02/2019	Competência Junho de 2019
Empregado 000504 IVANILDE ALVES DA CRUZ			Cargo CUIDADOR		Lotação CUIDADORAS
PIS 12865622128	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	
320	Vale-Transporte	6%		63,00	
			Total de Proventos 1.082,80	Total de Descontos 147,00	
				Líquido a Receber 935,80	
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

MG15903639  
 Matrícula

  
 Assinatura

MG18886424  
 Matrícula



469

**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>	2940 / 013 / 00056048-9

<b>Nome destinatário:</b>	IVANILDE ALVES DA CRUZ
<b>Valor:</b>	R\$ 935,80
<b>Identificação da operação:</b>	PAGTO SAL REF JUNHO 2019

<b>Data de débito:</b>	04/07/2019
<b>Data/hora da operação:</b>	04/07/2019 08:49:10

<b>Código da operação:</b>	00030084
<b>Chave de segurança:</b>	VH53R8L7K4LS2T30

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



**UMEI RETIRO**  
 LEI DE CRIAÇÃO 4625/19/10/2015  
 RUA BARRAGEM DO RETIRO, 283  
 RETIRO - CONTAGEM - MG  
 CEP: 32050-430 - TEL.: 3352-9795

CONTROLE DE FREQUÊNCIA

Empregador: ASSOCIAÇÃO DOS SURDOS DE CONTAGEM ASSOCIAÇÃO DOS SURDOS DE CONTAGEM  
 Endereço: RUA RISO DO PRADO, 198  
 Atividade:  
 Empregado: 000504 IVANILDE ALVES DA CRUZ Cargo: CUIDADOR CTPS: 0000009325500081  
 CNPJ/CEI: 28.047.928/0001-15 Período: De 26/05/2019 a 25/06/2019 Lotação: 002 CUIDADORAS

Dia	Promoção				Assinatura/Justificativa	
	E1	S1	E2	S2	E	S
26						Domingo
X 26	LICENÇA MÉDICA	LICENÇA MÉDICA	LICENÇA MÉDICA	LICENÇA MÉDICA		
27	LICENÇA MÉDICA	LICENÇA MÉDICA	LICENÇA MÉDICA	LICENÇA MÉDICA		
28	LICENÇA MÉDICA	LICENÇA MÉDICA	LICENÇA MÉDICA	LICENÇA MÉDICA		
29	LICENÇA MÉDICA	LICENÇA MÉDICA	LICENÇA MÉDICA	LICENÇA MÉDICA		
30	LICENÇA MÉDICA	LICENÇA MÉDICA	LICENÇA MÉDICA	LICENÇA MÉDICA		
01						Sábado
02						Domingo
03	LICENÇA MÉDICA	LICENÇA MÉDICA	LICENÇA MÉDICA	LICENÇA MÉDICA		
04	LICENÇA MÉDICA	LICENÇA MÉDICA	LICENÇA MÉDICA	LICENÇA MÉDICA		
05	06:58	11:24	13:00	17:34		Ivanilde Alves da Cruz
06	06:50	11:28	12:55	17:21		Ivanilde Alves da Cruz
07	06:58	11:25	12:51	17:28		Ivanilde Alves da Cruz
08						Sábado
09						Domingo
10	06:58	11:28	13:00	17:28		Ivanilde Alves da Cruz
11	06:54	11:28	12:55	17:27		Ivanilde Alves da Cruz
12	06:54	11:22	12:58	17:24		Ivanilde Alves da Cruz
13	06:55	11:24	12:54	17:24		Ivanilde Alves da Cruz
14	PARANÍSAÇÃO	PARANÍSAÇÃO				
15						Sábado
16						Domingo
17	06:50	11:24	12:55	17:24		Ivanilde Alves da Cruz
18	06:50	11:31	12:58	17:28		Ivanilde Alves da Cruz
19	06:51	11:23	12:58	17:23		Ivanilde Alves da Cruz
20	<b>FERIADO FERIADO</b>					
21	<b>RECESSO RECESSO</b>					
22						Sábado
23						Domingo
24	06:53	11:29	12:54	17:20		Ivanilde Alves da Cruz
25	06:50	11:26	12:56	17:24		Ivanilde Alves da Cruz

*Ivanilde Alves da Cruz*  
 Assinatura do Empregado

*Elizete*  
**UMEI RETIRO**  
 Elizete Fátima de M. Santos  
 Diretora  
 Mat.: 1403890





Prefeitura Municipal de Contagem  
Secretaria Municipal de Saúde  
ATESTADO



Atesto que o(a) Sr(a) Wenilde Alves da Cruz

Portador da Carteira Profissional nº \_\_\_\_\_

Carteira de Identidade nº \_\_\_\_\_

Não apresenta ao exame clínico de rotina realizado 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 em domínio neuropsiquiátrico. (Este atestado não é válido como exame admissional, diagnóstico ou periódico para fins de legislação a saúde do trabalhador - Lei nº 24 de 28/12/77 do Ministério do Trabalho).

Compareceu nesta data para consulta / exame, tendo permanecido no ambulatório período de \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ horas.

Necessita permanecer afastado do trabalho por 2 (dois) dias, a partir de 27/05/19 por motivo de doença CID: A18.9 (a pedido do paciente). (Este atestado é válido por facultades previstas no art. 149 da Lei nº 9.093 de 05/08/95 e Resolução COTM nº 008/91 e suas alterações, bem como no art. 156 do trabalho de 1 a 16 dias).

Deve-se afastar-se do trabalho no período de \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) dias, a partir de \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

conforme o dispositivo no inciso XXII, art. 7º, capítulo II, Título II da Constituição Federal de 1988. (Lei nº 9.093/95 - Licença Médica).

OBS: Este Atestado perderá validade em caso de fraude e de preenchimento de mais de um campo.

UNIDADE DE SAÚDE:

DATA:

27/05/19

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL



Nome que o(a) Sr(a) Iranielde Alves da Cruz

Portador da Carteira Profissional nº \_\_\_\_\_

a Carteira de Identidade nº \_\_\_\_\_

Não apresenta ao exame clínico de rotina realizado 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 neuropsiquiátrica. (Este atestado não é válido como exame admissional, demissional ou periódico para fins de legislação a respeito do trabalhador vide Portaria nº 24 de 29/02/04 do Ministério do Trabalho)

Compareceu nesta data para consulta / exame, tendo permissão no período de \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ horas.

Necessita permanecer afastado do trabalho por 3 (três) dias, a partir de 29 / 05 / 19, por motivo de doença CID J18.9. (a pedido do paciente). (Este atestado é válido em finalidades previstas no art. 145 § 4º do Decreto nº 20.030 de 05/03/2004 e Resolução CFM 110/04, e será expedido para justificar o afastamento do trabalho de 1 a 15 dias).

Deverá afastar-se do trabalho no período de \_\_\_\_\_ ( ) dias, a partir de \_\_\_\_\_

conforme o dispositivo no inciso XVI, art. 7º, capítulo II, título II da Constituição Federal de 1988 (Licença - Maternidade)

OBS.: Este atestado perderá o valor em caso de rasura e de preenchimento de mais de um campo.

SECRETARIA DE SAÚDE

290519

*[Signature]*

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

Nome que o(a) Sr(a) Iranielde Alves da Cruz

Portador da Carteira Profissional nº \_\_\_\_\_

a Carteira de Identidade nº \_\_\_\_\_

Não apresenta ao exame clínico de rotina realizado 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 neuropsiquiátrica. (Este atestado não é válido como exame admissional, demissional ou periódico para fins de legislação a respeito do trabalhador vide Portaria nº 24 de 29/02/04 do Ministério do Trabalho)

Compareceu nesta data para consulta / exame, tendo permissão no período de 03 06 19 às \_\_\_\_\_ horas.

Necessita permanecer afastado do trabalho por 2 (dois) dias, a partir de 03 06 19, por motivo de doença CID M54.5. (a pedido do paciente). (Este atestado é válido em finalidades previstas no art. 145 § 4º do Decreto nº 20.030 de 05/03/2004 e Resolução CFM 110/04, e será expedido para justificar o afastamento do trabalho de 1 a 15 dias).

Deverá afastar-se do trabalho no período de \_\_\_\_\_ ( ) dias, a partir de \_\_\_\_\_

conforme o dispositivo no inciso XVI, art. 7º, capítulo II, título II da Constituição Federal de 1988 (Licença - Maternidade)

OBS.: Este atestado perderá o valor em caso de rasura e de preenchimento de mais de um campo.

SECRETARIA DE SAÚDE

0310619

*[Signature]*

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL