

Recibo de Pagamento ( Folha de Pagamento )			Data e Assinatura		
Empregador ASSOCIACAO DOS SURDOS DE CONTAGE			Inscrição CNPJ: 26.047.928/0001-15	Admissão 19/02/2019	Competência Julho de 2019
Empregado 000518 NAYARA FREITAS DE SOUSA			Cargo CUIDADOR	Lotação CUIDADORAS	
PIS 16626977637	Banco	Agência	Conta	Tipo de Conta	
Discriminação das Verbas					
Cod.	Descrição	Referência	Provento	Desconto	
011	Salário-Base	30 dia(s)	1.050,00		
310	INSS	8%		84,00	
320	Vale-Transporte	6%		63,00	
			Total de Proventos 1.050,00	Total de Descontos 147,00	
			Líquido a Receber 903,00		
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


483


Recibo de Pagamento ( Folha de Pagamento )			Data e Assinatura		
Empregador ASSOCIACAO DOS SURDOS DE CONTAGE			Inscrição CNPJ: 26.047.928/0001-15	Admissão 19/02/2019	Competência Julho de 2019
Empregado 000518 NAYARA FREITAS DE SOUSA			Cargo CUIDADOR	Lotação CUIDADORAS	
PIS 16626977637	Banco	Agência	Conta	Tipo de Conta	
Discriminação das Verbas					
Cod.	Descrição	Referência	Provento	Desconto	
011	Salário-Base	30 dia(s)	1.050,00		
310	INSS	8%		84,00	
320	Vale-Transporte	6%		63,00	
			Total de Proventos 1.050,00	Total de Descontos 147,00	
			Líquido a Receber 903,00		
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  Matrícula MG/5903639

Assinatura  Matrícula MG/18886424

484

**TEV Enviada**

Via Internet Banking CAIXA

**Conta origem:** 0893 / 003 / 00004717-2**Conta destino:** 0893 / 013 / 00079051-4**Nome destinatário:** NAYARA FREITAS DE SOUZA**Quantidade de vezes:****Valor:** R\$ 903,00**Data de débito:** 05/08/2019**Data/hora da operação:** 05/08/2019 13:59:57**Código da operação:** 051359**Chave de segurança:** UX7C3F86LM2C4H6Q

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: ASSOCIACAO DOS SURDOS DE CONTAGEM ASSOCIAÇÃO DOS SURDOS D	CNPJ/CEI: 26.047.928/0001-15
Endereço: RUA RISO DO PRADO, 198	Período: De 26/06/2019 a 25/07/2019
Atividade:	Lotação: 002 CUIDADORAS
Empregado: 000518 NAYARA FREITAS DE SOUSA	Cargo: CUIDADOR
CTPS: 00009930528 00030	

Observações:  
REFERENTE AO MÊS 07/2019

Dia	E1	S1	E2	S2	Prorrogação		Assinatura/Justificativa
					E	S	
26	06:58	11:20	Atestado				Nayara Freitas de Sousa
27			Atestado				
28			Atestado				
29	---	---	---	---			Sábado
30	---	---	---	---			Domingo
01			Atestado				
02	06:57	11:23	19:57	17:21			Nayara Freitas de Sousa
03	06:59	11:21	12:55	17:24			Nayara Freitas de Sousa
04	06:57	11:23	12:56	17:21			Nayara Freitas de Sousa
05	06:55	11:24	12:55	17:30			Nayara Freitas de Sousa
06	---	---	---	---			Sábado
07	---	---	---	---			Domingo
08	07:01	11:21	12:56	17:22			Nayara Freitas de Sousa
09	06:59	11:22	12:57	17:23			Nayara Freitas de Sousa
10	06:57	11:23	12:56	17:30			Nayara Freitas de Sousa
11	07:02	11:21	12:57	17:30			Nayara Freitas de Sousa
12	06:59	11:22	12:50	17:23			Nayara Freitas de Sousa
13	---	---	---	---			Sábado
14	---	---	---	---			Domingo
15							
16							
17							
18			RECURSO ESCOLAR				
19							
20	---	---	---	---			Sábado
21	---	---	---	---			Domingo
22							
23							
24							
25							

Nayara Freitas de Sousa  
Assinatura do Empregado

Eliane Cândida Costa Torres

UMEI "Sagrado Coração de Jesus"  
Eliane Cândida Costa Torres  
Diretora - 01447579





Atesto que o(a) Sr(a) Nayara Frentes de Souza

portador da Carteira Profissional nº \_\_\_\_\_

e 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 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 02 dias, a partir de 27/06/19 por motivo de doença CID. A.90 (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 1 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 rasura e de preenchimento de mais de um campo.**

UNIDADE DE SAÚDE \_\_\_\_\_

Dr. Stanley Bras Speranza  
MÉDICO  
C.R.C. 17.095  
CONTAGEM 1224-00

DATA 27/06/19 ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

SMS-AT1



Atesto que o(a) Sr(a) Nayara Frentes de Souza

portador da Carteira Profissional nº \_\_\_\_\_

e Carteira de Identidade nº MG 18 225 911

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 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 14:00 às 14:30 horas.

Necessita permanecer afastado do trabalho por \_\_\_\_\_ dias, a partir de \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ por motivo de doença CID. \_\_\_\_\_ (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 1 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 rasura e de preenchimento de mais de um campo.**

UNIDADE DE SAÚDE \_\_\_\_\_

Rua Senegal, 229 - Eldorado  
SMS - Contagem

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

DATA 26/09/19

SMS-AT1

486

**Nova UPA JK**

AVENIDA JOAO CESAR DE OLIVEIRA, 780, , ELDORADO, CONTAGEM, MG

**Atestado Médico**

Atesto para devidos fins que o(a) Sr.(a) NAYARA FREITAS DE SOUSA, portador do CPF 132.297.466-78 e do prontuário número S 257742, foi atendido no serviço de Urgência/Emergência desta unidade em 01/07/2019 11:27 e necessita de 1 (um dia(s)) de afastamento das suas atividades profissionais ou escolares, a partir desta data.

CID: A90

CONTAGEM, 01/07/2019  
Médico: STEFANE SOUZA RIBEIRO  
CRM: 76295



Autorizo registro do CID 10.

Assinatura do paciente e/ou responsável