

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	
Empregado 000516 WARLEY AGUIAR CARDOSO		Cargo CUIDADOR II		Competência Outubro de 2019	
PIS 12801882110		Banco		Conta	
		Agência		Tipo de Conta	
Discriminação das Verbas					
Cod.	Descrição	Referência	Provento	Desconto	
011	Salário-Base	30 dia(s)	1.208,31		
310	INSS	8%		96,66	
			Total de Proventos	Total de Descontos	
			1.208,31	96,66	
Salário Contratual		Base de Cálculo do FGTS	FGTS	FGTS Contribuição Social	Líquido a Receber
1.208,31	1.208,31	1.208,31	96,66		1.111,65
					Base de Cálculo do IRRF

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	
Empregado 000516 WARLEY AGUIAR CARDOSO		Cargo CUIDADOR II		Competência Outubro de 2019	
PIS 12801882110		Banco		Conta	
		Agência		Tipo de Conta	
Discriminação das Verbas					
Cod.	Descrição	Referência	Provento	Desconto	
011	Salário-Base	30 dia(s)	1.208,31		
310	INSS	8%		96,66	
			Total de Proventos	Total de Descontos	
			1.208,31	96,66	
Salário Contratual		Base de Cálculo do FGTS	FGTS	FGTS Contribuição Social	Líquido a Receber
1.208,31	1.208,31	1.208,31	96,66		1.111,65
					Base de Cálculo do IRRF

Certificamos que o

Material

Serviço

deste documento foi recebido e conferido.

Assinatura MELISAO3639 Matrícula 2018081724

Assinatura [Assinatura] Matrícula [Assinatura]

502

**TEV Enviada**

Via Internet Banking CAIXA

Conta origem: 0893 / 003 / 00004717-2
Conta destino: 0893 / 013 / 00104204-0
Nome destinatário: WARLEY AGUIAR CARDOSO
Quantidade de vezes:
Valor: R\$ 1.111,65
Data de débito: 05/11/2019
Data/hora da operação: 05/11/2019 16:10:30
Código da operação: 051610
Chave de segurança: XJY5HUFML8XYELGF

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

FOLHA DE PONTO
ASSOCIAÇÃO DOS SURDOS DE CONTAGEM

ID: 5		0 nome: WARLEY		0 departamento de: CENTRAL		Voos: Turno3		Data: 19. 10. 1~19. 10. 31					
10-01	3	07:55	11:11	12:07	VISITA	10-17	5	08:02	11:37	12:25	16:55		
10-02	4	ATESTADO				10-17	5	08:02	11:37	12:25	16:55		
10-03	5	ATESTADO				10-18	6	08:01	11:31	12:27	17:03		
10-04	6	07:59	11:34	12:26	VISITA	10-19	7	0 resto					
10-05	7	0 resto				10-20	1	0 resto					
10-06	1	0 resto				10-21	2	08:02	11:25	12:25	VISITA		
10-07	2	VISITA				10-22	3	VISITA		17:18			
10-08	3	VISITA	12:13	12:50	17:00	10-23	4	VISITA					
10-09	4	VISITA				10-24	5	VISITA	10:31	11:00	12:00	16:40	
10-10	5	VISITA				10-25	6	08:04	11:18	12:18	17:43		
10-11	6	08:05	12:47	17:05	JUSTIFICATIVA	10-26	7	0 resto					
10-12	7	0 resto				10-28	2	08:04	11:35	12:30	VISITA		
10-13	1	0 resto				10-29	3	VISITA					
10-14	2	08:12	11:20	12:28	17:02	10-30	4	VISITA					
10-15	3	FORMAÇÃO (JUSTIFICATIVA)				10-31	5	VISITA					
10-16	4	08:06	12:01	17:05	JUSTIFICATIVA								

Coordenador da ASC



Funcionário da ASC

0



503



Prefeitura Municipal de Contagem
Secretaria Municipal de Saude
ATESTADO



Atesto que o(a) Sr(a) Wandley Aguiar Landone
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 valido 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 (dois) dias, a partir de 02/10/19, por motivo de doença CID. 7.000 (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 ~~de~~ de mais de um campo de trabalho se não for utilizado imediatamente.

UNIDADE DE SAÚDE

DATA

02/10/19

ASSINATURA CARRADA DO RESPONSÁVEL

[Signature]

CEP 3200-380 Telefone 3397-5888
AV. B. nº 1012 - Bairro: Itaipava

PROFESSOR TROPICAL

SUPERVISOR

JUSTIFICATIVA

505

NOME: Worley Aguiar DATA: 11 / 10 / 19HORA: CHEGADA SAIDA ATENDIMENTOMOTIVO: Esquia de bater ponto no Termino do almoco.

É obrigatório o preenchimento desta em caso de atrasos na chegada ou saída e quando o atendimento demorar mais que o previsto

JUSTIFICATIVANOME: Worley Aguiar DATA: 15 / 10 / 19HORA: CHEGADA SAIDA ATENDIMENTOMOTIVO: Cheguei ao 6:50 para organização do farmacia e com o evento esquia de Bata o chdo no horario do almoco e Saída. Sai de ASC as 16:50

É obrigatório o preenchimento desta em caso de atrasos na chegada ou saída e quando o atendimento demorar mais que o previsto

Coordenador(a) Geral

Colaborador(a)

JUSTIFICATIVANOME: Worley Aguiar DATA: 16 / 10 / 19HORA: CHEGADA SAIDA ATENDIMENTOMOTIVO: Por motivo de farmacia esquia de bater ponto no final do meu almoco.

É obrigatório o preenchimento desta em caso de atrasos na chegada ou saída e quando o atendimento demorar mais que o previsto

Coordenador(a) Geral

Colaborador(a)

JUSTIFICATIVA

506

NOME: Worley Jesus DATA: 24/10 19

HORA: CHEGADA SAIDA ATENDIMENTO

MOTIVO: Dou a 16:40 coordenador em liberação

É obrigatório o preenchimento desta em caso de atrasos na chegada ou saída e quando o atendimento demorar mais que o previsto

JS

Coordenador(a) Geral

Colaborador(a)

JUSTIFICATIVA

NOME: Worley Jesus DATA: 25/10 19

HORA: CHEGADA SAIDA ATENDIMENTO

MOTIVO: Permanência até as 17:43 por motivo de reunião com cuidadores da E.M. Antonio Carlos Lima.

É obrigatório o preenchimento desta em caso de atrasos na chegada ou saída e quando o atendimento demorar mais que o previsto

JS

Coordenador(a) Geral

Colaborador(a)

Justificativa ASC

Mês de Referência: Outubro

Nome: Warley Siqueira

Dia	Escola	Turno
01	Antonio Carlos Lima	2º
02	A Tereza	
03	A Tereza	
04	Visão Tec E.M. Mira Pereira	2º Turno
05		
06		
07	Visão Tec Umei Mundo Moin/Wandeler Sobrad Sousa Braga	1º e 2º Turno
08	Umei Rom Jairo / Glória Marques	1º Turno
09	Umei Jardim Lageard Mesquita / Landida Ferreira	1º / 2º
10	E.M. Pedro Alcântara / E.M. Padre Siqueira	1º / 2º
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21	Antonio Carlos Lima	2º

22	Laudelino Rorato / Unui Segundo Alvarez / Jorge Lourenço	19/20
23	Vila da Paz / Romo Gabriel / Henry Andrade	20
24	Vila Magalhães /	20
25		
26		
27		
28	Antonio Carlos Lima	20
29	E. M. Bounio Insperci / Paulo Cesar / Seneza Sara Menor	19/20
30	Em. Giovanni de Godi / M ^{re} de la Torre / Aracé M. Lanna	21/20
31	E. M. Machado de Abreu / Romo Sanches / M ^{re} Quinte	19/20

188

Coordenadora

Wendy Francis Pedro

Funcionário