

532

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	
Empregado 000495 VANEIDE DE SOUZA		Cargo CUIDADOR		Lotação CUIDADORAS	
PIS 12948788112		Banco		Conta	
Discriminação das Verbas					
Cod.	Descrição	Referência	Provento	Desconto	
011	Salário-Base	2 dia(s)	73,55		
310	INSS	8%		5,88	
			Total de Proventos	73,55	Total de Descontos
					Líquido a Receber
					67,67
Salário Contratual		Base de Cálculo do INSS	Base de Cálculo do FGTS	FGTS	FGTS Contribuição Social
1.103,24		73,55	73,55	5,88	

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	
Empregado 000495 VANEIDE DE SOUZA		Cargo CUIDADOR		Lotação CUIDADORAS	
PIS 12948788112		Banco		Conta	
Discriminação das Verbas					
Cod.	Descrição	Referência	Provento	Desconto	
011	Salário-Base	2 dia(s)	73,55		
310	INSS	8%		5,88	
			Total de Proventos	73,55	Total de Descontos
					Líquido a Receber
					67,67
Salário Contratual		Base de Cálculo do INSS	Base de Cálculo do FGTS	FGTS	FGTS Contribuição Social
1.103,24		73,55	73,55	5,88	

Certificamos que o

Material

Serviço

deste documento foi recebido e conferido.

[Assinatura]

Assinatura

16.5.2018.639

Matrícula

[Assinatura]

Assinatura

16.6.888.6424

Matrícula

**TEV Enviada**

Via Internet Banking CAIXA

Conta origem: 0893 / 003 / 00004717-2
Conta destino: 2940 / 023 / 00002277-8
Nome destinatário: VANEIDE DE SOUZA
Quantidade de vezes:
Valor: R\$ 67,67
Data de débito: 05/11/2019
Data/hora da operação: 05/11/2019 16:20:49
Código da operação: 051620
Chave de segurança: 4QRCA195Z6MCGZF

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

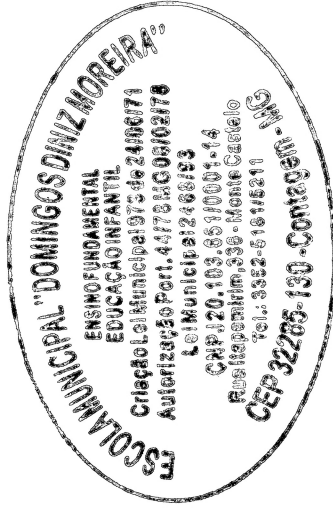
Empregador: ASSOCIAÇÃO DOS SURDOS DE CONTAGEM ASSOCIAÇÃO DOS SURDOS [CNPJ/CEI: 26.047.928/0001-15
 Endereço: RUA RISO DO PRADO, 198 Período: De 26/09/2019 a 25/10/2019
 Atividade: Lotação: 002 CUIDADORAS
 Empregado: 000495 VANEIDE DE SOUZA Cargo: CUIDADOR CTPS: 00000040137/00117

Observações:
REFERENTE AO MÊS 10/2019

Dia	Prorrogação					Assinatura/Justificativa
	E1	S1	E2	S2	E	
26	Atestado					
27	Atestado					
28						Sábado
29						Domingo
30	06:55	11:24	13:00	17:24		Vaneide de Souza
01	07:00	11:24	13:00	14:00	Atestado	Vaneide de Souza
02	Atestado					
03	Atestado					
04	Atestado					
05						Sábado
06						Domingo
07						
08						
09						
10						
11						
12						Sábado
13						Domingo
14						
15						
16						
17						
18						
19						Sábado
20						Domingo
21						
22						
23						
24						
25						

Veru Lucia Zasta Linares
 Vice-Diretora - Ed. Infantil

Vaneide de Souza
 Assinatura do Empregado



DATA: 01/08/19

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL:

535

UNIDADE DE SAÚDE: *Unidade Saúde*

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

ATESTADO MÉDICO

Atesto que o(a) Sr(a) *Leonilde de Souza* portador da Carteira Profissional nº _____ e Carteira de Identidade nº _____

Não apresenta ao exame clínico de rotina realizado nesta data sinais de doença infecciosa, 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 *04 (quatro)* dias, a partir de *01/08/19* por motivo de doença CID. *F32.3* (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 _____ () dias, a partir de _____ / _____ / _____ conforme o dispositivo inciso XVII, art. 7º, capítulo II, título II da Constituição Federal de 05/10/88. (Licença - Maternidade).

DATA: 23/09/2019

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL:

CM nº 56423
CONTR. Nº 2142171
MOE Nº 38151 - PSQUIATRIA

UNIDADE DE SAÚDE: *CAPS III Saúde*

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

ATESTADO MÉDICO

Atesto que o(a) Sr(a) *Vanilde de Souza* portador da Carteira Profissional nº _____ e Carteira de Identidade nº _____

Não apresenta ao exame clínico de rotina realizado nesta data sinais de doença infecciosa, 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 *05 (cinco)* dias, a partir de *23/09/19* por motivo de doença CID. *F32.2* (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 _____ () dias, a partir de _____ / _____ / _____ conforme o dispositivo inciso XVII, art. 7º, capítulo II, título II da Constituição Federal de 05/10/88. (Licença - Maternidade).



UNIDADE DE SAÚDE	
RECEITUÁRIO	Comitê de Monitoramento de Medicamentos
Nome do Paciente: Veneide de Souza	Assessoria Jurídica Rua: Passagem Padre Leopoldo, 100 Bairro: Pratis - Contagem - MG Fone: 3327-5927
Endereço:	Endereço: Rua: Passagem Padre Leopoldo, 100 Bairro: Pratis - Contagem - MG CEP: 31130-000
<p align="center"><u>Relatório</u></p> <p>Relato que a paciente supracitada, de 37 anos, está em tratamento ambulatorial neste serviço desde 23/09/19 devido a transtorno depressivo maior com sintomas psicóticos. CID-10: F32.3</p> <p>Apresenta, há 3 meses, humor deprimido, anedonia, hipobulia, choro fácil, insônia, redução do apetite e ideação suicida sem planejamento.</p> <p>Prescrição: Venlafaxina 150 mg/dia + mirtazapina 15 mg/noite + clonazepam 0,5 mg/noite.</p> <p>Sintomas com prognose sua funcionalidade ocupacional de forma significativamente. 04.10.19 Sobito 30 dias de afastam mto das ativ. laborais</p>	
DATA	SIGNATURA DO PROFISSIONAL
04.10.19	
ATIVIDADE FÍSICA E SAÚDE. CAMINHE OU PRATIQUE OUTRA ATIVIDADE PELO MENOS 30 MINUTOS POR DIA	



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL
COMUNICAÇÃO DE DECISÃO

NIT 12946765112
Número do Benefício: 6298752360
Número do Requerimento: 199066149
Espécie: 31
Ao Sr. (a): VANEIDE DE SOUZA
Endereço: R. DOM GERALDO FERNANDES BRITOS, 556 A. SANTA HELENA
CEP: 32015200 Município: CONTAGEM UF: MG
Assunto: Pedido de Auxílio - Doença
Decisão: Deterimento do Pedido
Motivo: Constatação de Incapacidade Laborativa

Fundamentação Legal: Art. 59 da Lei Nº8.213, de 24/07/1991, Artigos 71, 77 e 78 do Decreto Nº3.048, de 06/06/1999; Portaria Ministerial 358 de 31/08/2006, Artigo 207, da IN 20 (INSS/PRES, de 10/10/2007)

Em atenção ao seu pedido de Auxílio Doença, apresentado no dia 08/10/2019, informamos, que foi reconhecido o direito ao benefício, tendo em vista que foi constatada incapacidade para o trabalho.

O benefício foi concedido até 30/03/2021.

Se nos 15(quinze) dias finais até a data da cessação do benefício (30/03/2020), V.Sa, ainda se considerat incapacitado para o trabalho, poderá requerer novo exame médico-pericial, mediante formalização de Solicitação de Prorrogação.

A partir de 30/03/2020 (data da cessação do benefício) e pelo prazo de 30 (trinta) dias, V. Sa, poderá interpor Recurso à Junta de Recursos de Previdência Social.

O requerimento de Solitação de Prorrogação poderá ser feito ligando para o número 135 da Central de Atendimento do INSS ou pela Internet no endereço: www.previdencia.gov.br ou uma Agência da Previdência Social - APS.

A Previdência Social informa que o(a) segurado(a), em Auxílio Doença que retornar voluntariamente à mesma atividade, poderá ter seu Auxílio cancelado a partir da data do retorno, de acordo com os §§ 8º e 7º do art. 180 da Lei nº 8.213/91, com redação dada pela Lei nº 13/32/15.

Data: 17 de Outubro de 2019

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS

Agência da Previdência Social: CONTAGEM
CEP: 3207170 Município: CONTAGEM

Endereço: R. BERNARDO MONTEIRO, 409
UF: MG CENTRO

Termo de Responsabilidade: Responsabilizo-me, sob as penas do Artigo 171 do Código Penal, pela veracidade da documentação apresentada para a solicitação do benefício acima descrito.

Assinatura do Requerente / Representante Legal