

017

Recibo de Pagamento (Folha de Pagamento)		Data e Assinatura			
Empregador ASSOCIACAO DOS SURDOS DE CONTAGE		Inscrição CNPJ: 26.047.928/0001-15	Admissão 21/02/2019	Competência Dezembro de 2019	
Empregado 000526 ANIELE DA SILVA GONCALVES		Cargo CUIDADOR		Lotação CUIDADORAS	
PIS 12794466498	Banco	Agência	Conta	Tipo de Conta	
Discriminação das Verbas					
Cod.	Descrição	Referência	Provento	Desconto	
010	Salário-Família	2 cota(s)	93,08		
011	Salário-Base	30 dia(s)	1.103,24		
915	Reembolso de Passagem		18,00		
310	INSS	8%		82,96	
330	Vale Refeição			9,46	
912	Atraso	13h12min		66,19	
			Total de Proventos 1.214,32	Total de Descontos 158,61	
			Líquido a Receber 1.055,71		
Salário Contratual 1.103,24	Base de Cálculo do INSS 1.037,05	Base de Cálculo do FGTS 1.037,05	FGTS 82,96	FGTS Contribuição Social	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 21/02/2019	Competência Dezembro de 2019	
Empregado 000526 ANIELE DA SILVA GONCALVES		Cargo CUIDADOR		Lotação CUIDADORAS	
PIS 12794466498	Banco	Agência	Conta	Tipo de Conta	
Discriminação das Verbas					
Cod.	Descrição	Referência	Provento	Desconto	
010	Salário-Família	2 cota(s)	93,08		
011	Salário-Base	30 dia(s)	1.103,24		
915	Reembolso de Passagem		18,00		
310	INSS	8%		82,96	
330	Vale Refeição			9,46	
912	Atraso	13h12min		66,19	
			Total de Proventos 1.214,32	Total de Descontos 158,61	
			Líquido a Receber 1.055,71		
Salário Contratual 1.103,24	Base de Cálculo do INSS 1.037,05	Base de Cálculo do FGTS 1.037,05	FGTS 82,96	FGTS Contribuição Social	Base de Cálculo do IRRF

Certificamos que o

Material

Serviço

deste documento foi recebido e conferido.

[Assinatura]

Assinatura

MG15903639

Matricula

MG16200432

Matricula



TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

Conta origem: 0893 / 003 / 00004717-2

Conta destino: 1529 / 013 / 00002356-7

Nome destinatário: ANIELE DA SILVA GONCALVES

Quantidade de vezes:

Valor: R\$ 1.055,71

Data de débito: 03/01/2020

Data/hora da operação: 03/01/2020 10:06:15

Código da operação: 031006

Chave de segurança: SM69AN9S5NF79M3Z

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		CNPJ/CEI: 26.047.928/0001-15
Endereço: RUA RISO DO PRADO, 198		Período: De 26/11/2019 a 26/12/2019
Atividade:		Lotação: 002 CUIDADORAS
Empregado: 000526 ANIELE DA SILVA GONCALVES	Cargo: CUIDADOR	CTPS: 00000013339/00117
Observações: REFERENTE AO MÊS 12/2019		

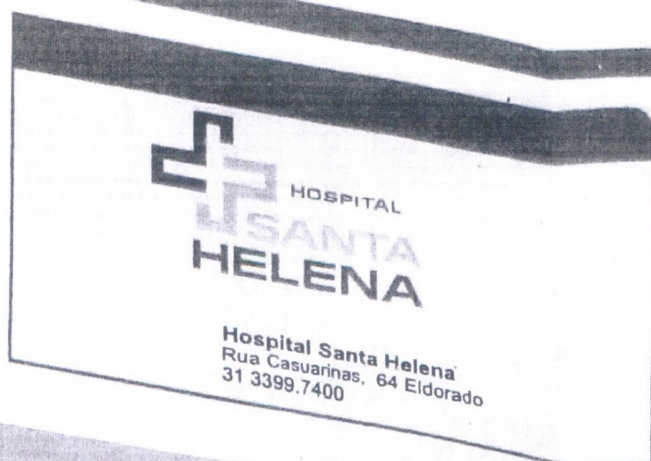
Dia	E1	S1	E2	S2	Prorrogação		Assinatura/Justificativa
					E	S	
26	07:00	11:27	13:01	17:25			Aniele da Silva Gonçalves
27	06:59	11:29	12:58	17:24			Aniele da Silva Gonçalves
28	07:05	11:24	Atestado				Aniele da Silva Gonçalves
29	07:01	11:27	13:04	17:25			Aniele da Silva Gonçalves
30	---	---	---	---			Sábado
01	---	---	---	---			Domingo
02	07:00	11:24	Declaracão				Aniele da Silva Gonçalves
03	06:59	11:25	13:07	17:26			Aniele da Silva Gonçalves
04	07:10	11:24	13:00	17:24			Aniele da Silva Gonçalves
05	07:02	11:27	13:03	17:25			Aniele da Silva Gonçalves
06	07:00	11:28	13:00	17:24			Aniele da Silva Gonçalves
07	---	---	---	---			Sábado
08	---	---	---	---			Domingo
09	07:02	11:27	13:01	17:27			Aniele da Silva Gonçalves
10	06:57	11:25	Declaracão				Aniele da Silva Gonçalves
11	07:00	11:24	13:00	17:24			Aniele da Silva Gonçalves
12	07:03	11:25	13:02	17:25			Aniele da Silva Gonçalves
13	Declaracão		-	-			Aniele da Silva Gonçalves
14	---	---	---	---			Sábado
15	---	---	---	---			Domingo
16	07:05	11:24	-	-			Aniele da Silva Gonçalves
17	-	-	13:00	17:24			Aniele da Silva Gonçalves
18	07:05	11:25	13:00	17:25			Aniele da Silva Gonçalves
19	07:10	11:24	13:01	17:24			Aniele da Silva Gonçalves
20	06:59	11:27	13:00	17:25			Aniele da Silva Gonçalves
21	---	---	---	---			Sábado
22	---	---	---	---			Domingo
23							
24							
25	---	---	---	---			Feriado - Natal
26							

Aniele da Silva Gonçalves
Assinatura do Empregado

E. M. IVAN DINIZ MACEDO
Ensino Fundamental
Lei de Criação Nº 2903/96
Portaria de Aut. Nº 842/98 (1ª à 4ª)
Portaria de Aut. Nº 297/99 (5ª à 8ª)
Rua Nossa Senhora do Carmo, 100

Lélia da R. Leitão
E. M. IVAN DINIZ MACEDO

620



ESPECIALIDADES ATENDIDAS:
 CARDIOLOGIA / CIRURGIA PLÁSTICA
 CIRURGIA PROCTOLÓGICA / CIRURGIA VASCULAR
 CLÍNICA DE CIRURGIA GERAL / CLÍNICA MÉDICA
 CLÍNICA DE NEFROLOGIA / DERMATOLOGIA
 GASTROENTEROLOGIA / GINECOLOGIA
 INFECTOLOGIA / NEUROLOGIA / ONCOLOGIA
 OFTALMOLOGIA / ORTOPEDIA
 ORTOPEDIA ELETIVA / OTORRINOLARINGOLOGIA
 PEDIATRIA / PNEUMOLOGIA
 PSICOLOGIA / UROLOGIA
EXAMES DE IMAGEM:
 ENDOSCOPIA / RAIO-X / ECOCARDIOGRAMA
 RESSONÂNCIA MAGNÉTICA / TOMOGRAFIA

ATESTADO DE COMPARECIMENTO

Sr.(a): ANIELE DA SILVA GONCALVES

Compareceu a este serviço das _____ Matrícula: _____
a) Consulta _____ às _____ horas, para: _____

b) Acompanhar familiar de meu filho: CAUAN V. M. S. GONCALVES
c) Fazer exames

Podendo retornar ao trabalho: _____ Hora Marcada: _____

ATESTADO DE AFASTAMENTO

1) Deverá ter justificado (s) 01 (1 hor) dias (s) (limite máximo de 15 dias)

2) Ficará afastado do trabalho por prazo superior a 15 dias, aproximadamente _____ dias devendo ser providenciado laudo pericial para o INSS enviar relatório ao médico perito.

3) Ficou internado do dia ___/___/___ ao dia ___/___/___ Caso o afastamento ultrapasse 15 dias, deverá ser providenciado laudo pericial para o INSS.

4) Acidente de trabalho. Necessita ser afastado:
Não
Sim, do dia ___/___/___ ao dia ___/___/___
Preencher as vias de acidente. Na falta delas, enviar relatório.

Ao funcionário - **IMPORTANTE**

- 1) Tendo hora marcada você poupará tempo.
- 2) Para que esta comunicação tenha valor faça-a chegar ao departamento pessoal dentro de no máximo 48 horas.
- 3) A referência do CID teve o pedido e consentimento do paciente.

_____ de 11 de 19
 De acordo, assinatura do médico _____ De acordo, assinatura do paciente _____

621



Prefeitura Municipal de Contagem Secretaria Municipal de Saúde



ATESTADO MÉDICO

Atesto que o(a) Sr(a) Aniele de Sílvia Fonseca
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 12 às 14 horas.

Necessita permanecer afastado do trabalho por _____ (_____) dias, a partir de ____/____/____ por motivo de doença CID. _____ (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).

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

UNIDADE DE SAÚDE:

DATA:

02/12/19.

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

Silvana Célia Gomes
ENFERMEIRA
COPEN MS 58483 EMP



Prefeitura Municipal de Contagem
Secretaria Municipal de Saúde



PREFEITURA
CONTAGEM

622

RECEITUÁRIO

NOME DO PACIENTE:

Amile da Silva Gonçalves

CARIMBO DA UNIDADE:

ENDEREÇO:

Atestado

Atesto pl devidos fins que a paciente
compareceu para atendimento nutricional
permanecendo nesta unidade de 13:05
às 14:00 hs.

Contagem, 10 de dezembro de 2019

Fernanda M. Silva
Fernanda Maria da Silva
Nutricionista
CRNº-18608



Declaração de Presença

Declaro que o(a) Sr.(a): ANIELE DA SILVA GONCALVES
esteve neste estabelecimento no dia: 13/12/2019
para a realização de exames no período de 09:30 às 10:40 horas.

122.735.371/0001-211

CLINICA DE ULTRA-SOM CONTAGEM LTDA

Rua Itália, n.º 45 e 61

Bairro da Glória - CEP 32340-100

CLINICA DE ULTRA-SOM CONTAGEM LTDA

CLINICA DE ULTRASOM CONTAGEM LTDA
Contagem 13 de Dezembro de 2019