

OK 79

Recibo de Pagamento (Folha de Pagamento)				Data e Assinatura	
Empregador ASSOCIACAO DOS SURDOS DE CONTAGE		Inscrição CNPJ: 26.047.928/0001-15		Admissão 11/03/2019	Competência Janeiro de 2020
Empregado 000533 ALAN FERNANDO DE OLIVEIRA SANTIAGO		Cargo AUXILIAR ADMINISTRATIVO		Lotação CUIDADORAS	
PIS 21227001446	Banco	Agência	Conta	Tipo de Conta	
Discriminação das Verbas					
Cod.	Descrição	Referência	Provento	Desconto	
011	Salário-Base	30 dia(s)	1.208,31		
310	INSS	8%		83,77	
321	Falta	3 dia(s)		120,83	
349	DSR Desconto	1 dia(s)		40,28	
			Total de Proventos 1.208,31	Total de Descontos 244,88	
			Líquido a Receber 963,43		
Salário Contratual 1.208,31	Base de Cálculo do INSS 1.047,20	Base de Cálculo do FGTS 1.047,20	FGTS 83,77	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 11/03/2019	Competência Janeiro de 2020
Empregado 000533 ALAN FERNANDO DE OLIVEIRA SANTIAGO		Cargo AUXILIAR ADMINISTRATIVO		Lotação CUIDADORAS	
PIS 21227001446	Banco	Agência	Conta	Tipo de Conta	
Discriminação das Verbas					
Cod.	Descrição	Referência	Provento	Desconto	
011	Salário-Base	30 dia(s)	1.208,31		
310	INSS	8%		83,77	
321	Falta	3 dia(s)		120,83	
349	DSR Desconto	1 dia(s)		40,28	
			Total de Proventos 1.208,31	Total de Descontos 244,88	
			Líquido a Receber 963,43		
Salário Contratual 1.208,31	Base de Cálculo do INSS 1.047,20	Base de Cálculo do FGTS 1.047,20	FGTS 83,77	FGTS Contribuição Social	Base de Cálculo do IRRF

Certificamos que o

Material

Serviço

deste documento foi recebido e conferido.


Assinatura

MG15903639

Matrícula


Assinatura

MG16220049

Matrícula

80



TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

Conta origem: 0893 / 003 / 00004717-2

Conta destino: 0893 / 013 / 00106702-6

Nome destinatário: ALAN FERNANDO DE OLIVEIRA

Quantidade de vezes:

Valor: R\$ 963,43

Data de débito: 04/02/2020

Data/hora da operação: 04/02/2020 15:31:07

Código da operação: 041531

Chave de segurança: 2LCKZ2EZAMP1LRLQ

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

O nome: ALAN		O departamento de: CENTRAL				Voos: Turno3		Data: 20.01.1~20.01.31				
Na segunda Feira	A turma do		Classe B		Turma do C		A turma do		Classe B		Turma do C	
	0 trabalho	Depois do trabalho	0 trabalho	Depois do trabalho	0 trabalho	Depois do trabalho	0 trabalho	Depois do trabalho	0 trabalho	Depois do trabalho	0 trabalho	Depois do trabalho
3	08:23	11:21	12:22	17:02	0		07:52	11:05	12:02	17:05	0	
4	08:20	11:02	11:57	17:09	0		SABADO		DOMINGO			
5							08:11	11:00	12:00	17:01		
6							ATESTADO					
7							ATESTADO					
1	08:16	11:47	12:42	17:05			ATESTADO					
2	08:15	11:05	12:02	17:03			ATESTADO					
3	08:31	11:05	12:05	17:07			INTEMPERIE / A COMPENSAR					
4	08:54	11:58	12:57	17:05			SABADO					
5	08:25	11:15	12:10	17:00			DOMINGO					
6							08:09	11:00	11:55	17:05		
7							08:10	11:02	11:57	17:01		
1	FALTA						08:06	11:00	11:59	20:18		
2	FALTA						ATESTADO					
3	FALTA						08:16	12:05	13:00	18:32		
4	07:52	11:03	11:58	17:00								



[Handwritten signature]

Coordenador da ASC



Funcionário da ASC

CENTRO DE ATENDIMENTO À SAÚDE
SUS
Tel.: 3911-6222



Prefeitura Municipal de Contagem
Secretaria Municipal de Saúde
ATESTADO



Atesto que o(a) Sr(a) Alan Fernando de Oliveira
 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 13:30 às 15:40 horas.

Necessita permanecer afastado do trabalho por _____ (____) dias, a partir de _____ / _____ / _____ por motivo de doença CID: _____ (a pedido do paciente). (Este atestado é válido pelas 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 _____

DATA: 23/02/2020

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL:

 Dra. Della Cristina Kaizer de Souza
 Nutricionista
 CRN-9 17173



Prefeitura Municipal de Contagem Secretaria Municipal de Saúde



ATESTADO MÉDICO

Atesto que o(a) Sr(a) Alan Permonero de Oliveira
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 _____ às _____ horas.

Necessita permanecer afastado do trabalho por 1 (um) dias, a partir de 30/01/2020 por motivo de doença CID. Z71.0 (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:
30/01/2020

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL: