

95

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 Fevereiro 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%		93,61
320	Vale-Transporte	6%		72,50
912	Atraso	6h57min		38,17
			Total de Proventos 1.208,31	Total de Descontos 204,28
				Líquido a Receber 1.004,03
Salário Contratual 1.208,31	Base de Cálculo do INSS 1.170,14	Base de Cálculo do FGTS 1.170,14	FGTS 93,61	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 Fevereiro 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%		93,61
320	Vale-Transporte	6%		72,50
912	Atraso	6h57min		38,17
			Total de Proventos 1.208,31	Total de Descontos 204,28
				Líquido a Receber 1.004,03
Salário Contratual 1.208,31	Base de Cálculo do INSS 1.170,14	Base de Cálculo do FGTS 1.170,14	FGTS 93,61	FGTS Contribuição Social Base de Cálculo do IRRF

Certificamos que o


Material
 Serviço

deste documento foi recebido e conferido.


Assinatura

MG15403639

Matrícula


Assinatura

MG16220482

Matrícula

17/03/2020

Internet____B_aN-king....cA-IXA

96



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\$ 1.004,03

Data de débito: 02/03/2020

Data/hora da operação: 02/03/2020 18:32:32

Código da operação: 021832

Chave de segurança: X1U9U0887SH5V59Z

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: 20.02.1 ~ 20.02.29			
Na gunda-feira	A turma do		Classe B		Turma do C		Data	Na segunda-Feira	A turma do		Classe B		Turma do C		
	0	Depois do trabalho	0	Depois do trabalho	0	Depois do trabalho			0	Depois do trabalho	0	Depois do trabalho	0	Depois do trabalho	
6	08:03	11:03	11:18	14:15			02-17	1	08:34	11:39	12:34	17:10			
7			DOMINGO				02-18	2	JUST.	11:17	12:19	16:15			
1	08:20	11:00	11:55	17:20			02-19	3	08:24	11:15	12:12	17:07			
2	08:16	11:02	11:59	17:45			02-20	4	08:38	11:06	12:04	17:57			
3	08:16	11:35	12:32	19:42			02-21	5	08:30	13:01	DECLARAÇÃO				
4	08:13	11:28	12:25	17:24			02-22	6	SABADO						
5	08:20	11:07	12:04	17:30			02-23	7	DOMINGO						
6			SABADO				02-24	1	FOLGA A COMPENSAR						
7			DOMINGO				02-25	2	FERIADO						
1	08:40	11:25	12:20	17:17			02-26	3	07:52	11:10	12:07	17:07			
2	08:29	11:00	12:01	17:18			02-27	4	08:43	11:11	12:06	17:30			
3	08:28	11:20	12:21	17:19			02-28	5	08:23	11:15	12:19	17:20			
4	08:16	11:00	11:57	17:25			02-29	6	SABADO						
5	08:27	14:47	JUSTIFICATIVA												
6			SABADO												
7			DOMINGO												



[Handwritten Signature]
Coordenador da ASC

[Handwritten Signature]
Funcionario da ASC

JUSTIFICATIVA		
NOME: <u>Alan Fernando de Oliveira Santiago</u>	DATA: <u>14 / 02 / 20</u>	
HORA: <u>14:47</u>	<input type="checkbox"/> CHEGADA	<input checked="" type="checkbox"/> SAÍDA <input type="checkbox"/> ATENDIMENTO
MOTIVO: <u>Liberado pela coordenadora. horas a compensar. Não fez o horário de almoço.</u>		<u>SS</u> Coordenador(a) Geral <u>SS</u> Colaborador(a)
É obrigatório o preenchimento desta em caso de atrasos na chegada ou saída e quando o atendimento demorar mais que o previsto		

JUSTIFICATIVA		
NOME: <u>Alan Fernando de Oliveira Santiago</u>	DATA: <u>18 / 02 / 20</u>	
HORA: <u>07:56</u>	<input checked="" type="checkbox"/> CHEGADA	<input type="checkbox"/> SAÍDA <input type="checkbox"/> ATENDIMENTO
MOTIVO: <u>Fui direto para a útimo.</u>		<u>SS</u> Coordenador(a) Geral <u>SS</u> Colaborador(a)
É obrigatório o preenchimento desta em caso de atrasos na chegada ou saída e quando o atendimento demorar mais que o previsto		

JUSTIFICATIVA		
NOME: <u>Alan Fernando de Oliveira Santiago</u>	DATA: <u>18 / 02 / 20</u>	
HORA: <u>16:15</u>	<input type="checkbox"/> CHEGADA	<input checked="" type="checkbox"/> SAÍDA <input type="checkbox"/> ATENDIMENTO
MOTIVO: <u>Liberado pelo coordenador geral para manutenção da sala.</u>		<u>SS</u> Coordenador(a) Geral <u>SS</u> Colaborador(a)
É obrigatório o preenchimento desta em caso de atrasos na chegada ou saída e quando o atendimento demorar mais que o previsto		

CENTRO DE APOIO
A SAÚDE DA FAMÍLIA
CASE
Rua: VL06, nº 283
Nova Esperança
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 para finalidades previstas no art. 143 § 1º do Decreto nº 172 de 05/03/92, 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. Bella Cristina Raizer de Souza
Nutricionista
CRN-9 17173