

166

| Recibo de Pagamento (Folha de Pagamento) | | Data e Assinatura | | | |
|---|-----------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|-------------------------|
| Empregador ASSOCIACAO DOS SURDOS DE CONTAGE | | CNPJ/CEI 26.047.928/0001-15 | Admissão 19/02/2018 | Competência Novembro de 2018 | |
| Empregado 000411 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) | 63,42 | | |
| 011 | Salário-Base | 30 dia(s) | 1.010,00 | | |
| 310 | INSS | 8% | | 79,20 | |
| 320 | Vale-Transporte | 6% | | 60,60 | |
| 912 | Atraso | 4h20min | | 19,89 | |
| <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: 80%;"> <p align="center">Certificamos que o</p> <p align="center"><input type="checkbox"/> Material</p> <p align="center"><input type="checkbox"/> Serviço</p> <p align="center">deste documento foi recebido e conferido.</p> </div> | | | | | |
| | | | | | |
| Assinatura | | | <u>4615396295</u> | Matrícula | |
| Assinatura | | | <u>4616220452</u> | Matrícula | |
| | | | Total de Proventos 1.073,42 | Total de Descontos 159,69 | |
| | | | Líquido a Receber 913,73 | | |
| Salário Contratual 1.010,00 | Base de Cálculo do INSS 990,11 | Base de Cálculo do FGTS 990,11 | FGTS 79,20 | FGTS Contribuição Social | Base de Cálculo do IRRF |

| Recibo de Pagamento (Folha de Pagamento) | | Data e Assinatura | | | |
|--|-----------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|-------------------------|
| Empregador ASSOCIACAO DOS SURDOS DE CONTAGE | | CNPJ/CEI 26.047.928/0001-15 | Admissão 19/02/2018 | Competência Novembro de 2018 | |
| Empregado 000411 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) | 63,42 | | |
| 011 | Salário-Base | 30 dia(s) | 1.010,00 | | |
| 310 | INSS | 8% | | 79,20 | |
| 320 | Vale-Transporte | 6% | | 60,60 | |
| 912 | Atraso | 4h20min | | 19,89 | |
| | | | Total de Proventos 1.073,42 | Total de Descontos 159,69 | |
| | | | Líquido a Receber 913,73 | | |
| Salário Contratual 1.010,00 | Base de Cálculo do INSS 990,11 | Base de Cálculo do FGTS 990,11 | FGTS 79,20 | FGTS Contribuição Social | Base de Cálculo do IRRF |

167

**Comprovante de transferência entre contas da CAIXA - TEV**

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|-----------------------|----------------------------------|
| Emitente: | ASSOCIACAO DOS SURDOS DE CONTAGE |
| Conta origem: | 0893 / 003 / 00004717-2 |
| Conta destino: | 1529 / 013 / 00002356-7 |

| | |
|-----------------------------------|---------------------------|
| Nome destinatário: | ANIELE DA SILVA GONCALVES |
| Valor: | R\$ 913,73 |
| Identificação da operação: | PAGTO SAL REF NOV/2018 |

| | |
|-------------------------------|---------------------|
| Data de débito: | 06/12/2018 |
| Data/hora da operação: | 06/12/2018 11:49:05 |

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 00218484 |
| Chave de segurança: | 4LCRZ8PXFXT5T8E3 |

DEBITO REALIZADO COM SUCESSO. A PREVISAO DO CREDITO NA CONTA DESTINO E DE 30 MINUTOS.

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 26/10/2018 a 25/11/2018 |
| Atividade: | Lotação: 002 CUIDADORAS |
| Empregado: 000411 ANIELE DA SILVA GONCALVES | Cargo: CUIDADOR |
| CTPS: 00000013339/00117 | |

| Dia | E1 | S1 | E2 | S2 | Prorrogação | | Assinatura/Justificativa |
|-----|-------|-------|-------|-------|-------------|---|----------------------------|
| | | | | | E | S | |
| 26 | 07:00 | 11:25 | 13:00 | 17:25 | | | Aniele da Silva Gonçalves |
| 27 | | | | | | | Sábado |
| 28 | | | | | | | Domingo |
| 29 | 07:05 | 11:21 | 13:01 | 17:25 | | | Aniele da Silva Gonçalves |
| 30 | | | | | | | A Testado |
| 31 | 07:03 | 11:25 | 13:03 | 17:20 | | | Aniele da Silva Gonçalves |
| 01 | 06:59 | 11:23 | 13:02 | 17:25 | | | Aniele da Silva Gonçalves |
| 02 | | | | | | | Feriado |
| 03 | | | | | | | Sábado |
| 04 | | | | | | | Domingo |
| 05 | 07:00 | 11:22 | 13:11 | 17:26 | | | Aniele da Silva Gonçalves |
| 06 | 06:53 | 11:20 | 13:00 | 17:25 | | | Aniele da Silva Gonçalves |
| 07 | 07:06 | 11:26 | 13:05 | 17:20 | | | Aniele da Silva Gonçalves |
| 08 | | | | | | | Atestado de comparecimento |
| 09 | 07:01 | 11:23 | 12:58 | 17:23 | | | Aniele da Silva Gonçalves |
| 10 | | | | | | | Sábado |
| 11 | | | | | | | Domingo |
| 12 | 07:11 | 11:28 | 13:02 | 17:27 | | | Aniele da Silva Gonçalves |
| 13 | 07:15 | 11:25 | 13:00 | 17:28 | | | Aniele da Silva Gonçalves |
| 14 | | | 14:01 | 17:25 | | | Aniele da Silva Gonçalves |
| 15 | | | | | | | Feriado |
| 16 | | | | | | | Recesso |
| 17 | | | | | | | Sábado |
| 18 | | | | | | | Domingo |
| 19 | | | | | | | Recesso |
| 20 | | | | | | | Feriado |
| 21 | 07:05 | 11:26 | 13:01 | 17:26 | | | Aniele da Silva Gonçalves |
| 22 | 07:11 | 11:25 | 13:05 | 17:29 | | | Aniele da Silva Gonçalves |
| 23 | 07:14 | 11:27 | | | | | Falta |
| 24 | | | | | | | Sábado |
| 25 | | | | | | | Domingo |

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 da Conceição, 500
B. Retiro - Contagem - CEP: 32050-000
FONE: (31) 3352-5192

Célia da R. Coutinho
E. M. IVAN DINIZ MACEDO
Célia da Rocha Caitano
Diretora - Matrícula: nº 17004-6
Autorização nº 092/2016/SEDUC/DF
Ato Administrativo 17 211
DFC 21/04/2016



ASSOCIAÇÃO DOS SURDOS DE CONTAGEM

Fundada em 25 de Novembro de 1988 - CNPJ: 26.047.928/0001-15
Declarada de Utilidade Pública; Lei N° 2.112 de 28 de Agosto de 1990.
Declarada de Utilidade Pública; Lei N.º 15.001 de 14 de Janeiro de 2004.
Filiada à Federação Mineira Desportiva dos Surdos - FMDS
Sede própria: Rua Riso do Prado, 198 Bairro Jardim Eldorado.
CEP: 32.310-410 - Contagem - Minas Gerais
LIBRAS Oficial - Lei N° 10.436 de 24 de Abril de 2002

DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO

Sr.(a) Diretor(a)

Declaramos que a Cuidadora Aniele da Silva compareceu a nossa instituição no dia 26 de outubro, das 15:40 h até às 16:00 h para tratar de assuntos administrativos, assim já resolvidos.

Atenciosamente

Bianca dos Santos

Coordenadora Projeto Cuidadores





Prefeitura Municipal de Contagem
Secretaria Municipal de Saúde
ATESTADO



Atesto que o(a) Sr(a) Arnaldo da Silva Gomes 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 neuró-
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,
sendo permanecido na unidade no período de _____ às _____ horas.

Necessita permanecer afastado do trabalho por 3 (três) dias, a partir de
30/10/18 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 no inciso XVII, art. 7º, capítulo II, título II da Constituição Federal de 05/10/88
(Licença Maternidade).

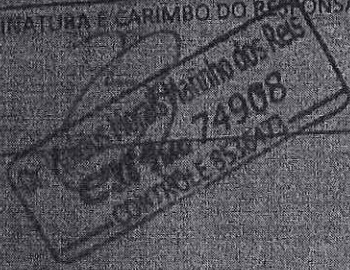
OBS.: Este atestado perderá o valor em caso de rasura e de preenchimento de mais de um
campo.

UNIDADE DE SAÚDE

EQUIPE TU
PSF Vila Soledade II

DATA

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL



Declaração de Comparecimento

Declaro para os devidos fins que Amadeu da Silva
Opencolun compareceu a Clínica Projeto Imagem

Lida no período de 12:30 a 12:50 hrs, para a realização de exame de
exame não podendo assim comparecer aos seus compromissos.

Contagem, 18 de Março de 2018.

CLINICA PROJETO IMAGEM LTDA

103.874.755/0001-0

172



Atesto que o(a) Sr(a) Amelinda de Sales Gonçalves 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 08 às 10:30 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 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

EQUIPE ^{campo}

UNIDADE DE SAÚDE

PSF Vila Soledade II

DATA

14/11/18

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

Dr. Vinícius Moraes Marmiro
CRM nº 74908
CONTROLE 8536473



Ministério da Saúde
Secretaria Municipal de Saúde
ATESTADO



Atesta que o(a) Sr(a) _____, portador(a) da
Carteira Profissional nº _____, inscrita no
_____ e Carteira de Identidade
nº _____

Não apresenta os exames clínicos de rotina realizados nesta data, sinais de doenças infecto-
contagiosas, de alterações evidentes de órgãos dos sentidos ou sinais de contaminação física.
Durante a entrevista não apresentou sinais de déficit ou doença neuropsiquiátrica. Este
atestado não é válido como exame admissional, decoracional ou periódico para fins de
legislação a saúde do trabalhador, vide Portaria nº 24 de 29/12/94 do Ministério do Trabalho
e Emprego. Comparecerá nesta data para consulta / exame, tendo permanecido na unidade no
período de _____ às _____ horas.

Necessita permanecer afastado de trabalho por _____ (_____) dias, a partir de
_____/_____/_____, por motivo de doença CTO _____ (a pedido do
paciente). [Este atestado é válido para finalidades previstas no art. 143 § 1º do Decreto 2172
de 05/02/92, e Resolução CFM 1150/84 e será expedido para justificar o afastamento do
trabalho de 3 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 ou de preenchimento de mais de um campo.

UNIDADE DE SAÚDE

DATA

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL



BRUNO