

097

Recibo de Pagamento (Folha de Pagamento)				Data e Assinatura	
Empregador ASSOCIACAO DOS SURDOS DE CONTAGE		CNPJ/CEI 26.047.928/0001-15		Admissão 19/06/2017	
Empregado 000340 LAYSSON DA GAMA HELMER		Cargo AUXILIAR ADMINISTRATIVO		Lotação CUIDADORAS	
PIS 16421849718		Banco		Conta	
		Agência		Tipo de Conta	
Discriminação das Verbas					
Cod.	Descrição	Referência	Provento	Desconto	
011	Salário-Base	30 dia(s)	1.100,00	88,00	
310	INSS	8%			
<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin: 10px auto; width: 80%;"> <p>Certificamos que o</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Material</p> <p><input type="checkbox"/> Serviço</p> <p>deste documento foi recebido e conferido.</p> <p>Assinatura <u><i>[Assinatura]</i></u> Matrícula <u>MG1020052</u></p> <p>Assinatura <u><i>[Assinatura]</i></u> Matrícula <u>MG1020052</u></p> </div>					
Salário Contratual			1.100,00	Total de Proventos	
Base de Cálculo do INSS			1.100,00	1.100,00	
Base de Cálculo do FGTS			88,00	FGTS Contribuição Social	
				Total de Descontos	
				88,00	
				Líquido a Receber	
				1.012,00	
				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 19/06/2017	
Empregado 000340 LAYSSON DA GAMA HELMER		Cargo AUXILIAR ADMINISTRATIVO		Lotação CUIDADORAS	
PIS 16421849718		Banco		Conta	
		Agência		Tipo de Conta	
Discriminação das Verbas					
Cod.	Descrição	Referência	Provento	Desconto	
011	Salário-Base	30 dia(s)	1.100,00	88,00	
310	INSS	8%			
Salário Contratual			1.100,00	Total de Proventos	
Base de Cálculo do INSS			1.100,00	1.100,00	
Base de Cálculo do FGTS			88,00	FGTS Contribuição Social	
				Total de Descontos	
				88,00	
				Líquido a Receber	
				1.012,00	
				Base de Cálculo do IRRF	

CAIXA**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:	0893 / 013 / 00088636-8
Nome destinatário:	LAYSSON DA GAMA HELMER
Valor:	R\$ 1.012,00
Identificação da operação:	PAG SAL FEV 2018
Data de débito:	01/03/2018
Data/hora da operação:	01/03/2018 16:55:45
Código da operação: 00622672	
Chave de segurança: AALWT9GN160U509A	

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

Folha Individual de Ponto

Empresa : 0042-ASSOCIAÇÃO DOS SURDOS DE CONTAGEM
 CNPJ/CPF : 26047928000115
 Inscr. Est. :

Endereço : RUA RISO DO PRADO - , 198
 Cidade/UF : CONTAGEM/MG

Código : 00215 - LAYSSON DA GAMA HELMER
 Função : AUXILIAR ADMINISTRATIVO
 Setor :

Comp. : 26/01/2018 A 25/02/2018
 C.Custo : -

Dia	Dia da Semana	Intervalo		Intervalo		Hora Extra		Assinatura
		Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída	
26/01	Sexta	8:01	17:01	13:02	17:01			
27/01	Sábado							
28/01	Domingo							
29/01	Segunda	8:02	13:00	13:00	17:02			
30/01	Terça	8:00	12:00	13:00	17:00			
31/01	Quarta	8:01	12:00	13:00	17:01			
01/02	Quinta	8:00	12:00	13:00	17:00			
02/02	Sexta	8:01	12:00	13:00	17:00			
03/02	Sábado							
04/02	Domingo							
05/02	Segunda	8:00	12:00	13:00	17:00			
06/02	Terça	Atestado						
07/02	Quarta	8:01	12:01	13:00	17:00			
08/02	Quinta	8:00	12:00	13:00	17:03			
09/02	Sexta	8:01	12:00	13:00	17:01			
10/02	Sábado							
11/02	Domingo							
12/02	Segunda	-	-	-	-			
13/02	Terça	-	-	-	-			
14/02	Quarta	-	-	12:10	17:01			
15/02	Quinta	8:02	12:02	13:01	17:01			
16/02	Sexta	8:00	12:00	13:00	17:00			
17/02	Sábado							
18/02	Domingo							
19/02	Segunda	8:00	12:00	13:00	17:01			
20/02	Terça	8:01	12:00	13:00	17:01			
21/02	Quarta	8:00	12:00	13:00	17:00			
22/02	Quinta	8:05	12:00	13:00	17:01			
23/02	Sexta	8:01	12:00	13:00	17:02			
24/02	Sábado							
25/02	Domingo							

Obs.: Substitui o Quadro de Horário de Trabalho, de acordo com o disposto na Portaria Ministerial nº 3162 de 08/09/1982

Caravana

Informações do Horário do Funcionário

Jornada:	Semana Fixa	Tipo de Jornada:	1 - Jornada com horário diário e folga fixos
Dias da Semana	Normal	Jornada	Intervalo
Segunda Feira	Normal	08:00 / 17:00	12:00 / 13:00
Terça Feira	Normal	08:00 / 17:00	12:00 / 13:00
Quarta Feira	Normal	08:00 / 17:00	12:00 / 13:00
Quinta Feira	Normal	08:00 / 17:00	12:00 / 13:00
Sexta Feira	Normal	08:00 / 17:00	12:00 / 13:00
Sábado	Compensado		
Domingo	DSR		

100

 PREFEITURA DE BETIM	ATESTADO	 SUS <small>Sistema Único de Saúde</small>
---	-----------------	--

Atesto que o(a) Sr(a) Alba Maria F. Magalhães
 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 médico admissional, demissional ou periódico para fins da legislação de segurança e saúde do trabalhador, vide portaria nº 24 de 29/12/94 do Ministério do Trabalho).

Compareceu nesta data para consulta / exame, tendo permanecido nesta unidade no período de _____ às _____ horas.

Necessita permanecer afastado do trabalho por 06/2/18 dias, a partir de 06/2/18 por motivo de doença CID: _____ (a pedido do cliente).
 (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 disposto no inciso XVII, art. 7º, capítulo II, título II da Constituição Federal de 05/10/1988. (Licença Maternidade).

OBS: Este atestado perderá o valor em caso de rasura e de preenchimento de mais de um campo. NIS
 UNIDADE DE SAÚDE: _____

DATA: 06.02.18

 Dr(a) Alba Maria F. Magalhães
CRM RJ 18961
 ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

AVERSÓPOLIS
 Avenida Belo Horizonte - P 154
 Jardim Teresopolis - Belfort Roga