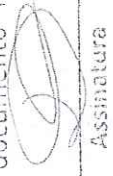
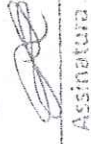


099

Recibo de Pagamento de Salário

Empresa : 0042-ASSOCIAÇÃO DOS SURDOS DE CONTAGEM
 Endereço : RUA RISO DO PRADO - , 198
 Nome : ANA LUCIA GUIMARAES CORDEIRO
 Função : CUIDADOR



CNPJ/CPF/CEI : 26047928000115
 Referente : 12/2017
 Admissão : 19/06/2017
 Setor/CC :

Cód	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
001	SALARIO BASE	30,00	960,00	76,80
501	INSS	8,00		57,60
605	VALE TRANSPORTE	6,00		
<p>Certificamos que o</p> <p><input type="checkbox"/> Material</p> <p><input type="checkbox"/> Serviço</p> <p>deste documento foi recebido e conferido.</p> <p> Matrícula</p> <p> Matrícula</p>				
Salário Base		Base INSS	Base FGTS	FGTS Mês
960,00		960,00	960,00	76,80
			Salário Líquido	Base IRRF
			960,00	883,20
				Faixa IRRF
				0,00
Data _____ Assinatura _____				

Recibo de Pagamento de Salário

Empresa : 0042-ASSOCIAÇÃO DOS SURDOS DE CONTAGEM
 Endereço : RUA RISO DO PRADO - , 198
 Nome : ANA LUCIA GUIMARAES CORDEIRO
 Função : CUIDADOR

CNPJ/CPF/CEI : 26047928000115
 Referente : 12/2017
 Admissão : 19/06/2017
 Setor/CC :

Cód	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
001	SALARIO BASE	30,00	960,00	76,80
501	INSS	8,00		57,60
605	VALE TRANSPORTE	6,00		
<p>Certificamos que o</p> <p><input type="checkbox"/> Material</p> <p><input type="checkbox"/> Serviço</p> <p>deste documento foi recebido e conferido.</p> <p> Matrícula</p> <p> Matrícula</p>				
Salário Base		Base INSS	Base FGTS	FGTS Mês
960,00		960,00	960,00	76,80
			Salário Líquido	Base IRRF
			960,00	883,20
				Faixa IRRF
				0,00
Data _____ Assinatura _____				

298

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:	1529 / 013 / 00016329-6
Nome destinatário:	ANA LUCIA GUIMARAES CORDEIRO
Valor:	R\$ 825,60
Identificação da operação:	PAG SAL DEZ 2017
Data de débito:	04/01/2018
Data/hora da operação:	04/01/2018 10:57:08
Código da operação:	00173196
Chave de segurança:	9EELJQK29C40YK2U

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

SISTEMA UNICO DE SAUDE
ATESTADO DE ACOMPANHAMENTO

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O(A) SR. (A)

AMANDA CAROLINA LIMA GARCIA

COMPARECEU A ESTA UNIDADE, NESTA DATA, ACOMPANHANDO

O(A) SR. (A) EMANUEL FERNANDES GARCIA

PARA ATENDIMENTO DE EMERGENCIA, COMPROVADO NO

BOLETIM DE EMERGENCIA No. 456594 DATADO DE 07/12/2017 AS 06:52
TENDO ALTA NA DATA DE 07/12/2017 AS 08:33

MATERNIDADE MUNICIPAL DE CONTAGEM

UNIDADE

CENTRO MATERNO INFANTIL
JUVENTINA PAULA DE JESUS
Av. João César de Oliveira, 4499
Bairro Cinco - Tel.: 3363-5300

CONTAGEM de dezembro de 2017

LOCAL E DATA