

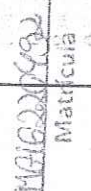
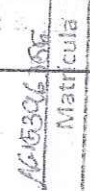


345

**Recibo de Pagamento de Salário**

Empresa : 0042-ASSOCIAÇÃO DOS SURDOS DE CONTAGEM  
 Endereço : RUA RISO DO PRADO - 198  
 Nome : ELIANE PEREIRA BARBOSA  
 Função : CUIDADOR





CNPJ/CPPF/CEI : 26047928000115  
 Referente : 12/2017  
 Admissão : 16/08/2017  
 Setor/CC :

Cód	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
001	SALARIO BASE	30,00	960,00	
501	INSS	8,00		76,80
605	VALE TRANSPORTE	6,00		57,60
<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> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;">             Assinatura         </div> <div style="text-align: center;">             Assinatura         </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;"> <div style="text-align: center;">             Matrícula         </div> <div style="text-align: center;">             Matrícula         </div> </div>				
<b>Salário Base</b>		<b>Base INSS</b>	<b>Base FGTS</b>	<b>FGTS Mês</b>
960,00		960,00	960,00	76,80
			<b>Salário Líquido</b>	<b>Base IRRF</b>
			960,00	883,20
				<b>Faixa IRRF</b>
				0,00
Data _____ Assinatura _____				

**Recibo de Pagamento de Salário**

Empresa : 0042-ASSOCIAÇÃO DOS SURDOS DE CONTAGEM  
 Endereço : RUA RISO DO PRADO - 198  
 Nome : ELIANE PEREIRA BARBOSA  
 Função : CUIDADOR

CNPJ/CPPF/CEI : 26047928000115  
 Referente : 12/2017  
 Admissão : 16/08/2017  
 Setor/CC :

Cód	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
001	SALARIO BASE	30,00	960,00	
501	INSS	8,00		76,80
605	VALE TRANSPORTE	6,00		57,60
<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> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;">             Assinatura         </div> <div style="text-align: center;">             Assinatura         </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;"> <div style="text-align: center;">             Matrícula         </div> <div style="text-align: center;">             Matrícula         </div> </div>				
<b>Salário Base</b>		<b>Base INSS</b>	<b>Base FGTS</b>	<b>FGTS Mês</b>
960,00		960,00	960,00	76,80
			<b>Salário Líquido</b>	<b>Base IRRF</b>
			960,00	883,20
				<b>Faixa IRRF</b>
				0,00
Data _____ Assinatura _____				

346

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

Via Internet Banking CAIXA

<b>Emitente:</b>	ASSOCIACAO DOS SURDOS DE CONTAGE
<b>Conta origem:</b>	0893 / 003 / 00004717-2
<b>Conta destino:</b>	1529 / 023 / 00012357-7

<b>Nome destinatário:</b>	ELIANE PEREIRA BARBOSA
<b>Valor:</b>	R\$ 825,60
<b>Identificação da operação:</b>	PAG SAL DEZ 2017

<b>Data de débito:</b>	04/01/2018
<b>Data/hora da operação:</b>	04/01/2018 11:05:29

<b>Código da operação:</b>	00180248
<b>Chave de segurança:</b>	ONFECM7UEHPN9M6X

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

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

Código : 00263 - ELIANE PEREIRA BARBOSA  
 Função : CUIDADOR  
 Setor : -

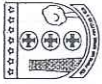
Horário : 07:00 11:24 / 13:00 17:24  
 Comp. : 26/11/2017 A 25/12/2017  
 C.Custo : -

Dia	Dia da Semana	Entrada	Intervalo		Saída	Hora Extra		Assinatura
			Saída	Entrada		Entrada	Saída	
26/11	Domingo	DOMINGO						DOMINGO
27/11	Segunda	7:00	11:24	13:00	17:24			Eliane P. Barbosa
28/11	Terça	7:07	11:24	13:00	17:24			Eliane P. Barbosa
29/11	Quarta	ATESTADO						ATESTADO
30/11	Quinta	7:01	11:24	13:00	17:24			Eliane P. Barbosa
01/12	Sexta	7:03	11:31	13:00	17:24			Eliane P. Barbosa
02/12	Sábado	SABADO						SABADO
03/12	Domingo	DOMINGO						DOMINGO
04/12	Segunda	7:01	11:24	13:00	17:24			Eliane P. Barbosa
05/12	Terça	7:03	11:24	13:00	17:24			Eliane P. Barbosa
06/12	Quarta	7:00	11:24	13:00	17:24			Eliane P. Barbosa
07/12	Quinta	7:07	11:24	13:00	17:24			Eliane P. Barbosa
08/12	Sexta	FERIADO						FERIADO
09/12	Sábado	SABADO						SABADO
10/12	Domingo	DOMINGO						DOMINGO
11/12	Segunda	7:03	11:24	13:00	17:24			Eliane P. Barbosa
12/12	Terça	7:00	11:24	13:00	17:24			Eliane P. Barbosa
13/12	Quarta	7:01	11:24	13:00	17:24			Eliane P. Barbosa
14/12	Quinta	7:00	11:24	13:00	17:24			Eliane P. Barbosa
15/12	Sexta	7:07	11:24	13:00	17:24			Eliane P. Barbosa
16/12	Sábado	SABADO						SABADO
17/12	Domingo	DOMINGO						DOMINGO
18/12	Segunda	7:01	11:24	13:00	17:24			Eliane P. Barbosa
19/12	Terça	7:07	11:24	13:00	17:24			Eliane P. Barbosa
20/12	Quarta	7:00	11:24	13:00	17:24			Eliane P. Barbosa
21/12	Quinta	7:01	11:24	13:00	17:24			Eliane P. Barbosa
22/12	Sexta	7:02	11:24	13:00	17:24			Eliane P. Barbosa
23/12	Sábado	SABADO						SABADO
24/12	Domingo	DOMINGO						DOMINGO
25/12	Segunda	FERIADO						FERIADO

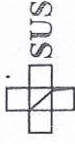
Obs.: Substitui o Quadro de Horário de Trabalho, de acordo com o disposto na Portaria Ministerial nº 3162 de 08/09/1982

*Eliane P. Barbosa*  
 CEMEI SAPUCAIAS  
 Rita de Cássia A. Coutinho  
 Diretora - 01.11101-5  
 Nº. Aut. 043/2016/SE/EDUC/DIR  
 Ato Adm. 417.211 Pub 21/01/2016





Prefeitura Municipal de Contagem  
Secretaria Municipal de Saúde  
ATESTADO



Atesto que o(a) Sr(a) Elaine Pereira Barbosa

portador da Carteira Profissional nº \_\_\_\_\_

e Carteira de Identidade nº \_\_\_\_\_

Não apresenta ao exame clínico de rotina realizado nesta data sinais de doenças infecto-contagiosa, 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 de legislação a saúde do trabalhador vide portaria nº24 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 \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) dias, a partir de 25/11/17 por motivo de doença CID. R50.9 ( a pedido do

paciente). (Este atestado é válido p/ 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

*Dr. Wilson*  
3101461

DATA

29/11/17

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

*[Signature]*

133 88703424  
Rua Otonário, 100  
Bairro Federal - Contagem - MG - 31072-100  
Equipe de Saúde - Contagem