

482

Recibo de Pagamento de Salário

Empresa : 0042-ASSOCIAÇÃO DOS SURDOS DE CONTAGEM
 Endereço : RUA RISO DO PRADO - , 198
 Nome : STEICE STEFANE SILVA SIQUEIRA
 Função : CUIDADOR

CNP/JCPF/CEI : 26047928000115
 Referente : 12/2017
 Admissão : 19/06/2017
 Setor/CC :

Cód	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
001 501	SALARIO BASE INSS	30,00 8,00	960,00	76,80

Certificamos que o

 Material
 Serviço

deste documento foi recebido e conferido.



Assinatura

16162017

Matricula



Assinatura

16036268

Matricula

Salário Base 960,00 Base INSS 960,00 Base FGTS 960,00 FGTS Mês 76,80
 Salário Base 960,00 Base IRRF 883,20 Salário Líquido 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 : STEICE STEFANE SILVA SIQUEIRA
 Função : CUIDADOR

CNP/JCPF/CEI : 26047928000115
 Referente : 12/2017
 Admissão : 19/06/2017
 Setor/CC :

Cód	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
001 501	SALARIO BASE INSS	30,00 8,00	960,00	76,80

Salário Base 960,00 Base INSS 960,00 Base FGTS 960,00 FGTS Mês 76,80
 Salário Base 960,00 Base IRRF 883,20 Salário Líquido 883,20
 Faixa IRRF 0,00

Data

Assinatura

983



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:	2432 / 013 / 00036140-9

Nome destinatário:	STEICE STEFANE SILVA SIQUEIRA
Valor:	R\$ 883,20
Identificação da operação:	PAG SAL DEZ 2017

Data de débito:	04/01/2018
Data/hora da operação:	04/01/2018 11:44:44

Código da operação:	00197781
Chave de segurança:	6K9UXJZFK990L417

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

Processado por: VENUS CONTABILIDADE E PLANEJAMENTO TRIBUTARIO

Folha Individual de Ponto

Folha : 1

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

Endereço : RUA RISO DO PRADO - 188
 Cidade/UF : CONTAGEM/MG

Código : 00243 - STEICE STEFANE SILVA SIQUEIRA
 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	Intervalo		Hora Extra		Assinatura
		Entrada	Saída	Entrada	Saída	
26/11	Domingo	-	-	-	-	-
27/11	Segunda	06:55	11:24	12:59	17:26	<i>[assinatura]</i>
28/11	Terça	07:00	11:28	12:55	17:29	<i>[assinatura]</i>
29/11	Quarta	07:01	11:31	13:02	17:30	<i>[assinatura]</i>
30/11	Quinta	06:59	11:36	12:59	17:34	<i>[assinatura]</i>
01/12	Sexta	06:50	11:06	13:00	17:36	<i>[assinatura]</i>
02/12	Sábado	-	-	-	-	-
03/12	Domingo	-	-	-	-	-
04/12	Segunda	07:00	11:30	12:58	17:26	<i>[assinatura]</i>
05/12	Terça	<i>Ab. todos</i>	-	-	-	-
06/12	Quarta	06:49	11:40	12:55	17:30	<i>[assinatura]</i>
07/12	Quinta	06:53	11:24	12:57	17:29	<i>[assinatura]</i>
08/12	Sexta	<i>Feriado</i>	-	-	-	-
09/12	Sábado	-	-	-	-	-
10/12	Domingo	-	-	-	-	-
11/12	Segunda	06:59	11:28	13:01	17:29	<i>[assinatura]</i>
12/12	Terça	06:57	11:36	13:00	17:30	<i>[assinatura]</i>
13/12	Quarta	06:58	11:24	12:59	17:29	<i>[assinatura]</i>
14/12	Quinta	07:00	11:35	12:56	17:26	<i>[assinatura]</i>
15/12	Sexta	06:55	11:30	12:55	17:26	<i>[assinatura]</i>
16/12	Sábado	-	-	-	-	-
17/12	Domingo	-	-	-	-	-
18/12	Segunda	07:00	11:24	13:00	17:24	<i>[assinatura]</i>
19/12	Terça	06:58	11:26	12:58	17:26	<i>[assinatura]</i>
20/12	Quarta	06:55	11:29	13:00	17:24	<i>[assinatura]</i>
21/12	Quinta	07:02	11:24	12:59	14:46	<i>[assinatura]</i>
22/12	Sexta	06:59	11:27	12:56	17:24	<i>[assinatura]</i>
23/12	Sábado	-	-	-	-	-
24/12	Domingo	-	-	-	-	-
25/12	Segunda	-	-	-	-	-

Obs.: Substitui o Quadro de Horário de Trabalho, de acordo com o disposto na Portaria Ministerial nº 3162, de 09/09/16, publicada no Diário Oficial da União em 10/09/2016.

E. M. Maria do Carmo Orechio
 LEI DE CRIAÇÃO Nº 3653/2003
 PORTARIA DE AUTORIZ. 1099/10
 CNPJ: 12.885.613/0001-32
 Av. Hércules, S/N - Nova Contagem
 Contagem - MG CEP 32.050-096



Atesto que o(a) Sr(a) Stela Stefana Silva Siqueira
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 dos sentidos ou vícios de conformação física. Durante a entrevista não foram reportados déficit ou doença neuro-psiquiátrica. (Este atestado não é válido para fins de legislação a saúde do trabalhador, demissional ou periódico para fins de legislação a saúde do trabalhador, demissional, desligamento, nº 24 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 01 (Hum) dias, a partir de 05/12/17 por motivo de doença CID. 2000 (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

DATA

05.12.17

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

SWS/ATT

