

354 - 83A


Recibo de Pagamento de Salário

Empresa : 0042-ASSOCIAÇÃO DOS SURDOS DE CONTAGEM
 Endereço : RUA RISO DO PRADO - , 198
 Nome : EDNA FATIMA DE OLIVEIRA DINIZ
 Função : CUIDADOR

CNPJ/CPF/CEI : 26047928000115
 Referente : 11/2017
 Admissão : 19/06/2017
 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

Certificamos que o
 Material
 Serviço
 deste documento foi recebido e conferido.


 Assinatura

MG16396355
 Matrícula

MG16300452
 Matrícula

Salário Base 960,00 Base INSS 960,00 Base FGTS 960,00 FGTS Mês 76,80
 Salário Líquido 960,00 Base IRRF 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 : EDNA FATIMA DE OLIVEIRA DINIZ
 Função : CUIDADOR

CNPJ/CPF/CEI : 26047928000115
 Referente : 11/2017
 Admissão : 19/06/2017
 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

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

Data

Assinatura

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 / 00061801-0

Nome destinatário:	EDNA FATIMA DE O DINIS
Valor:	R\$ 825,60
Identificação da operação:	PAG SAL NOV 2017

Data de débito:	01/12/2017
Data/hora da operação:	01/12/2017 16:24:32

Código da operação:	00737252
Chave de segurança:	4HA0VGJSNX5APMUU

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

»»X

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

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

Código : 00200 - EDNA FATIMA DE OLIVEIRA DINIZ
 Função : CUIDADOR
 Setor :

Horário : 07:00 11:24 / 13:00 17:24
 Comp. : 26/10/2017 A 25/11/2017
 C.Custo :

Dia	Dia da Semana	Intervalo		Hora Extra		Assinatura
		Entrada	Saída	Entrada	Saída	
26/10	Quinta	6:59	11:24	19:58	17:23	[Assinatura]
27/10	Sexta	6:55	11:24	19:55	17:24	[Assinatura]
28/10	Sábado					
29/10	Domingo					
30/10	Segunda	6:56	11:24	19:58	17:22	[Assinatura]
31/10	Terça	6:55	11:24	19:53	17:25	[Assinatura]
01/11	Quarta	6:58	11:24	19:55	17:24	[Assinatura]
02/11	Quinta	Feriado				
03/11	Sexta	6:50	11:23	19:58	17:22	[Assinatura]
04/11	Sábado					
05/11	Domingo					
06/11	Segunda	6:55	11:24	19:55	17:14	[Assinatura]
07/11	Terça	6:50	11:24	19:58	17:22	[Assinatura]
08/11	Quarta	6:55	11:24	19:55	17:23	[Assinatura]
09/11	Quinta	6:59	11:24	19:57	17:24	[Assinatura]
10/11	Sexta	PARADO				
11/11	Sábado					
12/11	Domingo					
13/11	Segunda	Atrasado				
14/11	Terça	6:58	11:24	19:55	17:23	[Assinatura]
15/11	Quarta	Feriado				
16/11	Quinta	6:58	11:24	19:58	17:24	[Assinatura]
17/11	Sexta	6:55	11:24	19:55	17:23	[Assinatura]
18/11	Sábado					
19/11	Domingo					
20/11	Segunda	Feriado				
21/11	Terça	6:58	11:24	19:58	17:24	[Assinatura]
22/11	Quarta	6:55	11:24	19:55	17:22	[Assinatura]
23/11	Quinta	6:50	11:24	19:50	17:23	[Assinatura]
24/11	Sexta	6:52	11:24	19:55	17:24	[Assinatura]
25/11	Sábado					

Obs.: Substituir o Quadro de Horário de Trabalho, de acordo com o disposto na Portaria Ministerial nº 3.762 de 08/09/1982



[Assinatura]
 Edna Babita Camargos
 Elen Marcia Souza de Souza
 Vice Diretora
 Tel. 19125

359-839

ANS - Nº 34.388-9

Unimed ATESTADO

Atesto que o(a) Sr.(a) Evelina Fatima Oliveira Unite

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

Compareceu nesta data para consulta/exame, acompanhado pelo Sr.(a.) _____, tendo permanecido na unidade no período de _____ às _____ horas.

Necessita permanecer afastado do trabalho por 01 dias (Hum) a partir de 13/11/17 por motivo de doença CID 7763. (Este atestado é válido para finalidades previstas nos artigos 71 e 72, parágrafo 1º do Decreto 3048/99 e será expedido para justificar o afastamento do trabalho de 1 a 15 dias).

Eu, _____, RG _____, autorizo a inclusão do CID no atestado médico.

Assinatura do cliente

OBS.: ESTE ATESTADO PERDERÁ VALOR EM CASO DE RASURA E DE PREENCHIMENTO DE MAIS DE UM CAMPO.

Belo Horizonte, 13/11/17

Assinatura / carimbo do médico

00611431400

ESP 27

Dr. Eduardo Mendes de Sousa Pereira