



391 - 239

Recibo de Pagamento de Salário

Empresa : 0042-ASSOCIAÇÃO DOS SURDOS DE CONTAGEM
 Endereço : RUA RISO DO PRADO - , 198
 Nome : JENNIFER MARIANO DE SOUZA
 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		
990	SALARIO FAMILIA	3,00	93,21	76,80
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: 80%;"> <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 style="text-align: center;">  Assinatura Matricula 4617396385 </p> <p style="text-align: center;">  Assinatura Matricula MG16220452 </p> </div>				
Salário Base				
	960,00	Base INSS	960,00	Base FGTS
			960,00	76,80
Salário Líquido			1.053,21	76,80
Base IRRF			314,43	976,41
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 : JENNIFER MARIANO DE SOUZA
 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		
990	SALARIO FAMILIA	3,00	93,21	76,80
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: 80%;"> <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 style="text-align: center;">  Assinatura Matricula 4617396385 </p> <p style="text-align: center;">  Assinatura Matricula MG16220452 </p> </div>				
Salário Base				
	960,00	Base INSS	960,00	Base FGTS
			960,00	76,80
Salário Líquido			1.053,21	76,80
Base IRRF			314,43	976,41
Faixa IRRF				0,00
Data _____ Assinatura _____				



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:	4157 / 013 / 00044626-0

Nome destinatário:	JENNIFER MARIANO DE SOUZA
Valor:	R\$ 976,41
Identificação da operação:	PAG SAL NOV 2017

Data de débito:	01/12/2017
Data /hora da operação:	01/12/2017 16:46:53

Código da operação:	00744442
Chave de segurança:	UJXN2NASTCRGV8RW

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

398 - 839

Processado por: VENUS CONTABILIDADE E PLANEJAMENTO TRIBUTARIO

Folha Individual de Ponto

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

Inscr. Est. :
Código : 00209 - JENNIFER MARIANO DE SOUZA
Função : CUIDADOR
Setor :

Endereço : RUA RISO DO AMARADO - 1085 P.
Cidade/UF : CONTAGEM/MG - 31235-6
Horário : 07:00 11:24 13:00 17:24
Comp. : 26/10/2017 A 25/11/2017
C.Custo :
Assinatura: JENNIFER MARIANO

ESCOLA MUNICIPAL SONIA BRAGA
DA CRUZ RIBEIRO SILVA
Criação: Lei Mun. n.º 3655 de 16-04-03
Aut. Portaria n.º 477 de 16-04-03
RUA RISO DO AMARADO - 1085 P.
CONTAGEM/MG - 31235-6
FONE: (31) 3530-580
3913-9772
Contato: Contato: Contagem/MG

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

Obs.: Substitui o Quadro de Horário de Trabalho, de acordo com o disposto na Portaria Ministerial n.º 3162 de 08/09/1982

Jacqueline M. A. Lambertucci

E.M. Sônia Braga da Cruz Ribeiro Silva
Jacqueline Márcia Azevedo Lambertucci
Vice-diretora - Matrícula: 128355-6

394 - 829



Prefeitura Municipal de Contagem
Secretaria Municipal de Saúde
ATESTADO



Atesto que o(a) Sr(a) Renifer Mariano de Souza

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 admissional, demissional ou periódico para fins de legislação a saúde do trabalhador vide portaria 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 02 (dois) dias, a partir de 31 / 10 / 17 por motivo de doença CID. M 54.5 (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 ~~ausência~~ **ausência de mais de um campo. DA FAMILIA **EQUIPE 27****

UNIDADE DE SAÚDE

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

7/17

DIR. Municipal de Controle de Costo
57890
CONTROLE 2788410