

4M - 839

Recibo de Pagamento de Salário

Empresa : 0042-ASSOCIAÇÃO DOS SURDOS DE CONTAGEM
 Endereço : RUA RISO DO PRADO - , 198
 Nome : LILIANE BELO ROCHA
 Função : CUIDADOR

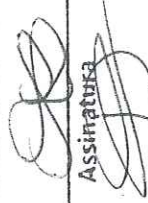
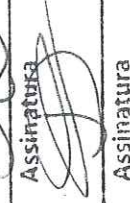
CNPJ/CPF/CEI : 26047928000115
 Referente : 11/2017
 Admissão : 19/06/2017
 Setor/CC :

| 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 _____ Matricula 4615306354

 Assinatura _____ Matricula MG16200452

| | | | | | |
|-----------------------------|-----------|-----------|----------|-----------|------------|
| Salário Base | Base INSS | Base FGTS | FGTS Mês | Base IRRF | Faixa IRRF |
| 960,00 | 960,00 | 960,00 | 76,80 | 883,20 | 0,00 |
| Salário Líquido | | | 883,20 | | |
| Data _____ Assinatura _____ | | | | | |

Recibo de Pagamento de Salário

Empresa : 0042-ASSOCIAÇÃO DOS SURDOS DE CONTAGEM
 Endereço : RUA RISO DO PRADO - , 198
 Nome : LILIANE BELO ROCHA
 Função : CUIDADOR

CNPJ/CPF/CEI : 26047928000115
 Referente : 11/2017
 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 | Base INSS | Base FGTS | FGTS Mês | Base IRRF | Faixa IRRF |
| 960,00 | 960,00 | 960,00 | 76,80 | 883,20 | 0,00 |
| Salário Líquido | | | 883,20 | | |
| 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: | 1532 / 013 / 000083338-8 |

| | |
|-----------------------------------|--------------------|
| Nome destinatário: | LILIANE BELO ROCHA |
| Valor: | R\$ 883,20 |
| Identificação da operação: | PAG SAL NOV 2017 |

| | |
|-------------------------------|---------------------|
| Data de débito: | 01/12/2017 |
| Data/hora da operação: | 01/12/2017 16:52:55 |

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 00751674 |
| Chave de segurança: | NSCY8KX3TJT9M3VJ |

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
 Inscr. Est. :

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

Código : 00218 - LILIANE BELO ROCHA
 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 | 7:01 | 11:24 | 13:00 | 17:25 | Liliane Belo Rocha |
| 27/10 | Sexta | 7:02 | 11:25 | 12:59 | 17:26 | Liliane Belo Rocha |
| 28/10 | Sábado | SABADO | | | | SABADO |
| 29/10 | Domingo | DOMINGO | | | | DOMINGO |
| 30/10 | Segunda | 7:00 | 11:26 | 13:00 | 17:24 | Liliane Belo Rocha |
| 31/10 | Terça | 7:01 | 11:24 | 12:59 | 17:25 | Liliane Belo Rocha |
| 01/11 | Quarta | 7:03 | 11:26 | 13:00 | 17:24 | Liliane Belo Rocha |
| 02/11 | Quinta | FERIADO RECESSO | | | | FERIADO RECESSO |
| 03/11 | Sexta | SABADO | | | | SABADO |
| 04/11 | Sábado | DOMINGO | | | | DOMINGO |
| 05/11 | Domingo | 7:02 | 11:24 | 13:00 | 17:25 | Liliane Belo Rocha |
| 06/11 | Segunda | 7:03 | 11:26 | 12:59 | 17:24 | Liliane Belo Rocha |
| 07/11 | Terça | 7:01 | 11:25 | 13:00 | 17:24 | Liliane Belo Rocha |
| 08/11 | Quarta | 7:03 | 11:24 | 12:59 | 17:25 | Liliane Belo Rocha |
| 09/11 | Quinta | 7:00 | 11:25 | 13:00 | 17:24 | Liliane Belo Rocha |
| 10/11 | Sexta | SABADO | | | | SABADO |
| 11/11 | Sábado | DOMINGO | | | | DOMINGO |
| 12/11 | Domingo | 7:02 | 11:24 | 13:00 | 17:25 | Liliane Belo Rocha |
| 13/11 | Segunda | Atestado | | | | Atestado |
| 14/11 | Terça | FERIADO | | | | FERIADO |
| 15/11 | Quarta | 7:01 | 11:25 | 13:00 | 17:24 | Liliane Belo Rocha |
| 16/11 | Quinta | 7:02 | 11:25 | 13:00 | 17:25 | Liliane Belo Rocha |
| 17/11 | Sexta | SABADO | | | | SABADO |
| 18/11 | Sábado | DOMINGO | | | | DOMINGO |
| 19/11 | Domingo | FERIADO | | | | FERIADO |
| 20/11 | Segunda | 7:00 | 11:24 | 13:00 | 17:24 | Liliane Belo Rocha |
| 21/11 | Terça | 7:01 | 11:26 | 13:00 | 17:25 | Liliane Belo Rocha |
| 22/11 | Quarta | 7:03 | 11:25 | 13:59 | 17:24 | Liliane Belo Rocha |
| 23/11 | Quinta | 7:02 | 11:24 | 13:00 | 17:24 | Liliane Belo Rocha |
| 24/11 | Sexta | SABADO | | | | SABADO |
| 25/11 | Sábado | DOMINGO | | | | DOMINGO |

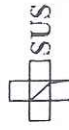
Obs.: Substitui o Quadro de Horário de Trabalho, de acordo com o disposto na Portaria Ministerial nº 3162 de 08/09/1982



Marcelo Roberto J. Castro
 Vice - Diretor
 Matrícula: 0142885

E. M. IVAN DINIZ MACEDO

Ensino Fundamental
 Lei de Criação Nº 2903/96
 Portaria de Aut. Nº 842/98 (1ª à 4ª)
 Portaria de Aut. Nº 297/99 (5ª à 8ª)
 Rua Nossa Senhora da Conceição, 500
 B. Retiro - Contagem - CEP: 32050-000
 FONE: (31) 3352-5192



Atesto que o(a) Sr(a) Silviane Belo Roche
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 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 15 dias dias, a partir de 14/11/17 por motivo de doença CID. _____ (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 45 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).

REQUISIÇÃO Nº 04
PROF. DR. JOÃO TADEU
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Este atestado perderá o valor em caso de rasura e de preenchimento de mais de um campo.

DATA
14/11/17
SMS-ATI

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

Márcio Marinho
Márcio Marinho
PROFESSOR