

427 - 839

Recibo de Pagamento de Salário

Empresa : 0042-ASSOCIAÇÃO DOS SURDOS DE CONTAGEM
 Endereço : RUA RISO DO PRADO - , 198
 Nome : MARIA LUCIA DE JESUS
 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	76,80
501	INSS	8,00		57,60
605	VALE TRANSPORTE	6,00		

Certificamos que o

- Material
 Serviço

deste documento foi recebido e conferido.


 Assinatura

1610396333
 Matrícula


 Assinatura

1616920452
 Matrícula

Salário Base	Base INSS	Base FGTS	FGTS Mês	
960,00	960,00	960,00	76,80	
				134,40
			Salário Líquido	825,60
			Base IRRF	Faixa IRRF
			883,20	0,00

Data _____

Assinatura _____

Recibo de Pagamento de Salário

Empresa : 0042-ASSOCIAÇÃO DOS SURDOS DE CONTAGEM
 Endereço : RUA RISO DO PRADO - , 198
 Nome : MARIA LUCIA DE JESUS
 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	76,80
501	INSS	8,00		57,60
605	VALE TRANSPORTE	6,00		

Salário Base	Base INSS	Base FGTS	FGTS Mês	
960,00	960,00	960,00	76,80	
				134,40
			Salário Líquido	825,60
			Base IRRF	Faixa IRRF
			883,20	0,00

Data _____

Assinatura _____

420 - 239

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 / 00092757-9

Nome destinatário:	MARIA LUCIA DE JESUS
Valor:	R\$ 825,60
Identificação da operação:	PAG SAL NOV 2017

Data de débito:	01/12/2017
Data/hora da operação:	01/12/2017 16:56:30

Código da operação:	00757995
Chave de segurança:	PEMH7G14H8WQP7S

DEBITO REALIZADO COM SUCESSO. A PREVISAO DO CREDITO NA CONTA DESTINO E DE 30 MINUTOS.

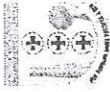
SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

430-839



Prefeitura Municipal de Contagem
Secretaria Municipal de Saúde
ATESTADO



Atesto que o(a) Sr(a) Marcia Lucie de Jesus

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 07 (sete) dias, a partir de 22/11/17 por motivo de doença CID. Z00.0 (a pedido do R11 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.

LINHA DE SAÚDE _____

DATA <u>22.11.17</u>	ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL <u>Dr. Waldemar Sobrinho</u> Clínica Médica CRM 28759
-------------------------	--

SMS-411