

431-839

Recibo de Pagamento de Salário

Empresa : 0042-ASSOCIAÇÃO DOS SURDOS DE CONTAGEM Endereço : RUA RISO DO PRADO - , 198 Nome : MARIA MADALENA FREITAS VIEGAS Função : CUIDADOR				CNPJ/CPF/CEI : 26047928000115 Referente : 11/2017 Admissão : 19/06/2017 Setor/CC :			
Cód	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos			
001 501 605	SALARIO BASE INSS VALE TRANSPORTE	30,00 8,00 6,00	960,00	76,80 57,60			
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: 80%;"> <p style="text-align: center;">Certificamos que o</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> Material <input type="checkbox"/> Serviço </p> <p style="text-align: center;">deste documento foi recebido e conferido.</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;"> <div style="text-align: center;"> Assinatura </div> <div style="text-align: center;"> <u>MG15396305</u> Matrícula </div> <div style="text-align: center;"> Assinatura </div> <div style="text-align: center;"> <u>MG16220450</u> Matrícula </div> </div> </div>							
Salário Base		960,00	Base INSS	960,00	Base FGTS		
				960,00	FGTS Mês		
				76,80			
Salário Base		960,00	Base INSS	960,00	Base FGTS		
				960,00	FGTS Mês		
				76,80			
Salário Líquido		825,60		Base IRRF	883,20		
				825,60	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 : MARIA MADALENA FREITAS VIEGAS Função : CUIDADOR				CNPJ/CPF/CEI : 26047928000115 Referente : 11/2017 Admissão : 19/06/2017 Setor/CC :			
Cód	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos			
001 501 605	SALARIO BASE INSS VALE TRANSPORTE	30,00 8,00 6,00	960,00	76,80 57,60			
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: 80%;"> <p style="text-align: center;">Certificamos que o</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> Material <input type="checkbox"/> Serviço </p> <p style="text-align: center;">deste documento foi recebido e conferido.</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;"> <div style="text-align: center;"> Assinatura </div> <div style="text-align: center;"> <u>MG15396305</u> Matrícula </div> <div style="text-align: center;"> Assinatura </div> <div style="text-align: center;"> <u>MG16220450</u> Matrícula </div> </div> </div>							
Salário Base		960,00	Base INSS	960,00	Base FGTS		
				960,00	FGTS Mês		
				76,80			
Salário Líquido		825,60		Base IRRF	883,20		
				825,60	Faixa IRRF		
				0,00			
Data _____ Assinatura _____							

432 - 839

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:	2837 / 013 / 00018560-2

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

Data de débito:	01/12/2017
Data/hora da operação:	01/12/2017 16:57:02

Código da operação:	00758961
Chave de segurança:	9N3QZ0N40LZSCACN

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

433-839

Processado por: VENUS CONTABILIDADE E PLANEJAMENTO TRIBUTARIO

Folha Individual de Ponto

Folha: 1

E. M. PROFESSOR HILTON ROCHA
1028

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

Endereço : RUA RISO DO PRADO - 198
Cidade/UF : CONTAGEM/MG DE CRIAÇÃO 2.559/94 - PORTARIA Nº 133/86
RUA INGA, Nº 1.138 - B. IND. SÃO LUIZ
Horário : 07:00 11:20 COMEBEN:2MG / CEP: 32.073-090
Comp. : 26/10/2017 A 27/11/2017
C.Custo : -


Código : 00223 - MARIA MADALENA FREITAS VIEGAS
Função : CUIDADOR
Setor :

Dia	Dia da Semana	Intervalo		Hora Extra		Assinatura
		Saída	Entrada	Entrada	Saída	
26/10	Quinta	11:25	13:00			Maria Madalena de Freitas
27/10	Sexta	11:26	13:01			Maria Madalena de Freitas
28/10	Sábado					
29/10	Domingo					
30/10	Segunda					
31/10	Terça					
01/11	Quarta					
2/11	Quinta					
3/11	Sexta					
04/11	Sábado					
05/11	Domingo					
06/11	Segunda					
07/11	Terça					
08/11	Quarta					
09/11	Quinta					
10/11	Sexta					
11/11	Sábado					
12/11	Domingo					
13/11	Segunda					
14/11	Terça					
15/11	Quarta					
16/11	Quinta					
17/11	Sexta					
18/11	Sábado					
19/11	Domingo					
20/11	Segunda					
21/11	Terça					
22/11	Quarta					
23/11	Quinta					
24/11	Sexta					
25/11	Sábado					

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

E. M. PROF. HILTON ROCHA
PROF. RICHARD COELHO
DIRETOR DE ESCOLA MUNICIPAL - MAT. 127741-4
AUT. 082/2016/ SEDUC/DIR
ATO ADMINISTRATIVO - 19043
066, ENGAÇO 413 DE 24/12/2016

434 - 239

 <p>PREFEITURA DE BETIM</p>	<p>UPACU - UPA CUIABÁ</p> <p>ATESTADO</p> <p>SUS</p>
<p>Atestado que o(a) Sr(a) <u>Maria Madalena de Freitas</u> Portador da Carteira Profissional nº _____ e Carteira de Identidade nº _____</p>	
<p><input type="checkbox"/> 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 da legislação de segurança e saúde do trabalhador, vide portaria nº 24 de 29/12/94 do Ministério do Trabalho).</p> <p><input type="checkbox"/> Compareceu nesta data para consulta / exame, tendo permanecido nesta unidade no período de _____ às _____ horas.</p> <p><input type="checkbox"/> Necessita permanecer afastado do trabalho por <u>01</u> (<u>um</u>) dias, a partir de <u>31/10/17</u> por motivo de doença CID: <u>J01.8</u> (a pedido do cliente). (Este atestado é válido para 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)</p> <p><input type="checkbox"/> Deverá afastar-se do trabalho no período de _____ (_____) dias, a partir de _____ / _____ conforme o disposto no inciso XVII, art. 7º, capítulo II, título II da Constituição Federal de 05/10/1988. (Licença Maternidade).</p>	
<p>OBS: Este atestado perderá o valor em caso de rasura e de preenchimento de mais de um campo.</p>	
<p>UNIDADE DE SAÚDE</p> <p>DATA <u>31.10.2017</u></p> <p>Dr. <u>Isabella Ribos Alzamora</u> CRM nº <u>67580</u> RCP nº <u>3554078</u></p> <p>ASSINATURA E CAMBÓLIO RESPONSÁVEL</p>	