

469 - 839

Recibo de Pagamento de Salário

Empresa : 0042-ASSOCIAÇÃO DOS SURDOS DE CONTAGEM
 Endereço : RUA RISO DO PRADO - , 198
 Nome : SANDRA REGINA FAGUNDES PEREIRA
 Função : CUIDADOR

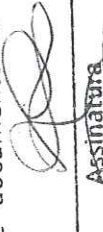
CNPJ/CPF/CEI : 26047928000115
 Referente : 11/2017
 Admissão : 19/06/2017
 Setor/CC :

Cód	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
001 501	SALARIO BASE INSS	30,00 8,00	960,00	76,80
<p>***** FELIZ ANIVERSÁRIO *****</p>				
<p>Salário Base 960,00 Base INSS 960,00 Base FGTS 960,00 FGTS Mês 76,80</p>		<p>Salário Líquido 883,20 Base IRRF 883,20</p>		<p>Faixa IRRF 0,00</p>
<p>Data _____ Assinatura _____</p>				

Certificamos que o

- Material
 Serviço

deste documento foi recebido e conferido.


 Assinatura


 Matrícula


 Assinatura


 Matrícula

Recibo de Pagamento de Salário

Empresa : 0042-ASSOCIAÇÃO DOS SURDOS DE CONTAGEM
 Endereço : RUA RISO DO PRADO - , 198
 Nome : SANDRA REGINA FAGUNDES PEREIRA
 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
<p>***** FELIZ ANIVERSÁRIO *****</p>				
<p>Salário Base 960,00 Base INSS 960,00 Base FGTS 960,00 FGTS Mês 76,80</p>		<p>Salário Líquido 883,20 Base IRRF 883,20</p>		<p>Faixa IRRF 0,00</p>
<p>Data _____ Assinatura _____</p>				

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:	1639 / 013 / 00051853-0

Nome destinatário:	SANDRA REGINA FAGUNDES
Valor:	R\$ 883,20
Identificação da operação:	PAG SAL NOV 2017

Data de débito:	01/12/2017
Data/hora da operação:	01/12/2017 17:07:57

Código da operação:	00769011
Chave de segurança:	4JQCTRNVSH2A4UQK

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

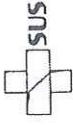
Ouvidoria: 0800 725 7474

Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

473 - 889



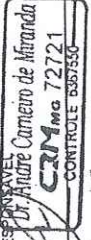
Prefeitura Municipal de Contagem
Secretaria Municipal de Saúde
ATESTADO



Atesto que o(a) Sr(a) Sandra Regina Fagundes
 portador da Carteira Profissional nº _____
 e Carteira de Identidade nº _____
 Não apresenta ao exame clínico de rotina realizada 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 1 (um) dias,
 a partir de 23/11/17 por motivo de doença CID. J00 (a pedido do
 paciente). (Este atestado é válido p/ finalidades previstas no art. 143 § 1º do Decreto 2172
 de 05/03/97, e Resolução CEM 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

UNIDADE DE SAÚDE CS JARDIM INDUSTRIAL

DATA 23/11/17
 ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL
Dr. André Carneiro de Miranda

 SMS-A11