



511 - 839

Recibo de Pagamento de Salário

Empresa : 0042-ASSOCIAÇÃO DOS SURDOS DE CONTAGEM
 Endereço : RUA RISO DO PRADO - , 198
 Nome : ZILANDA OLIVEIRA EWANGEL
 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		76,80
990	SALARIO FAMILIA	1,00	31,07	
<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> Assinatura <u>MG157963</u> Matrícula</p> <p> Assinatura <u>MG16200452</u> Matrícula</p>				
Salário Base		Base FGTS	FGTS Mês	Base IRRF
960,00		960,00	76,80	693,61
Salário Líquido			991,07	76,80
Salário Líquido			914,27	0,00
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 : ZILANDA OLIVEIRA EWANGEL
 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		76,80
990	SALARIO FAMILIA	1,00	31,07	
<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> Assinatura <u>MG157963</u> Matrícula</p> <p> Assinatura <u>MG16200452</u> Matrícula</p>				
Salário Base		Base FGTS	FGTS Mês	Base IRRF
960,00		960,00	76,80	693,61
Salário Líquido			991,07	76,80
Salário Líquido			914,27	0,00
Faixa IRRF				
0,00				
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:	0893 / 013 / 000696641-0

Nome destinatário:	ZILANDA OLIVEIRA EWANGEL
Valor:	R\$ 914,27
Identificação da operação:	PAG SAL NOV 2017

Data de débito:	01/12/2017
Data/hora da operação:	01/12/2017 17:16:26

Código da operação:	00774168
Chave de segurança:	RYV04ZCLJTMET4K3

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

Forma Individual de Ponto

518-839

Folha : 1

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

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

Código : 00253 - ZILANDA-OLIVEIRA EWANGEL
 Função : CUIDADOR

Horário : 07:00 11:24 / 13:00 17:24
 Comp. : 26/10/2017 A 25/11/2017
 C.Custo :

Dia	Dia da Semana	Entrada		Intervalo		Saída		Hora Extra		Assinatura
		Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída	
26/10	Quinta	07:04	11:24	13:00	13:00	11:24	11:24			Zilanda Oliveira Evangel
27/10	Sexta	07:03	11:24	13:00	13:00	11:24	11:24			Zilanda Oliveira Evangel
28/10	Sábado									
29/10	Domingo									
30/10	Segunda									
31/10	Terça	07:05	11:24	13:00	13:00	11:24	11:24			Zilanda Oliveira Evangel
01/11	Quarta	07:03	11:24	13:00	13:00	11:24	11:24			Zilanda Oliveira Evangel
02/11	Quinta	07:01	11:24	13:00	13:00	11:24	11:24			Zilanda Oliveira Evangel
03/11	Sexta									
04/11	Sábado	07:00	11:24	13:00	13:00	11:24	11:24			Zilanda Oliveira Evangel
05/11	Domingo									
06/11	Segunda									
07/11	Terça	07:04	11:24	13:00	13:00	11:24	11:24			Zilanda Oliveira Evangel
08/11	Quarta	07:04	11:24	13:00	13:00	11:24	11:24			Zilanda Oliveira Evangel
09/11	Quinta	07:05	11:24	13:00	13:00	11:24	11:24			Zilanda Oliveira Evangel
10/11	Sexta	07:03	11:24	13:00	13:00	11:24	11:24			Zilanda Oliveira Evangel
11/11	Sábado									
12/11	Domingo									
13/11	Segunda	07:03	11:24	13:00	13:00	11:24	11:24			Zilanda Oliveira Evangel
14/11	Terça									
15/11	Quarta	Feriado								
16/11	Quinta	07:03	11:24	13:00	13:00	11:24	11:24			Zilanda Oliveira Evangel
17/11	Sexta	07:01	11:24	13:00	13:00	11:24	11:24			Zilanda Oliveira Evangel
18/11	Sábado									
19/11	Domingo									
20/11	Segunda									
21/11	Terça	07:05	11:24	13:00	13:00	11:24	11:24			Zilanda Oliveira Evangel
22/11	Quarta	07:03	11:24	13:00	13:00	11:24	11:24			Zilanda Oliveira Evangel
23/11	Quinta	07:01	11:24	13:00	13:00	11:24	11:24			Zilanda Oliveira Evangel
24/11	Sexta	07:04	11:24	13:00	13:00	11:24	11:24			Zilanda Oliveira Evangel
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

Zilanda Oliveira Evangel

E.M. "Francisco Sales da Silva Diniz"
 Ensino Fundamental
 Lei de Criação Nº: 3185 - 11-05-99
 Portaria nº 1174/2002/SEE
 R. Stela Diniz Macedo, nº 301 - Darcy Ribeiro
 Contagem / Minas Gerais - CEP: 32.050-501
 Tel.: (31) 3352-5870 / 3912-4003
 CNPJ: 05.003.480/0001-58

Adriana Diniz
 E.M. "Francisco Sales da Silva Diniz"
 Adriana Teixeira Diniz
 Vice Diretora
 Mat. 1.274.134-5

R\$ 514.839



Hospital Santa Helena
Rua Casuarinas, 64 Eldorado
31.359-7400

ESPECIALIDADES ATENDIDAS:
CARDIOLOGIA / CIRURGIA PLÁSTICA
CIRURGIA PROCTOLÓGICA / CIRURGIA VASCULAR
CLÍNICA DE CIRURGIA GERAL / CLÍNICA MÉDICA
CLÍNICA DE NEFROLOGIA / DERMATOLOGIA
GASTROENTEROLOGIA / GINECOLOGIA
INFECTOLOGIA / NEUROLOGIA / ONCOLOGIA
OFTALMOLOGIA / ORTOPEDIA
ORTOPEDIA ELETIVA / OTORRINOLARINGOLOGIA
PEDIATRIA / PNEUMOLOGIA
PSICOLOGIA / UROLOGIA
EXAMES DE IMAGEM:
ENDOSCOPIA / RAIO-X / ECOCARDIOGRAMA
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA / TOMOGRAFIA

ATESTADO DE COMPARECIMENTO

Sr.(a): Zilanda Othem Evangel

Compareceu a este serviço das _____ às _____ horas, para: _____
Matrícula: _____

- a) Consulta
- b) Acompanhar familiar
- c) Fazer exames

Podendo retornar ao trabalho: _____ Hora Marcada: _____

ATESTADO DE AFASTAMENTO

- 1) Deverá ter justificado (s) 4 (Quem) dias (s) (limite máximo de 15 dias
- 2) Ficará afastado do trabalho por prazo superior a 15 dias, aproximadamente _____ dias devendo ser providenciado laudo pericial para o INSS enviar relatório ao médico perito.

3) Ficou internado do dia 11 ao dia 11 Caso o afastamento ultrapasse 15 dias, deverá ser providenciado laudo pericial para o INSS.

4) Acidente de trabalho. Necessita ser afastado:

Não _____
Sim, do dia 11 ao dia 11
Preencher as vias de acidente. Na falta delas, enviar relatório.

G.D.10:

276.13

Ao funcionário - **IMPORANTE**

- 1) Tendo hora marcada você poupará tempo.
- 2) Para que esta comunicação tenha valor faça-a chegar ao departamento pessoal dentro de no máximo 48 horas.
- 3) A referência do CID teve o pedido e consentimento do paciente.

Contagem 14 de agosto de 2017

Dr. Jorge Buttros

CRM 36142

De acordo, assinatura do médico _____ e acordo, assinatura do paciente _____

Rua Casuarinas, 64 - Bairro Eldorado - Contagem / MG
www.hospitalsantahelenamg.com.br