

152-463


Recibo de Pagamento de Salário


Empresa : 0042-ASSOCIAÇÃO DOS SURDOS DE CONTAGEM
 Endereço : RUA RISO DO PRADO - , 198
 Nome : ANA PAULA JANAINA SOARES DE SO
 Função : CUIDADOR

CNPJ/CPF/CEI : 26047928000115
 Referente : 10/2017
 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.

 4615396355
 Assinatura Matrícula

 MG16220492
 Assinatura Matrícula

Salário Base	Base INSS	Base FGTS	FGTS Mês	Salário Líquido	Base IRRF	Faixa IRRF
960,00	960,00	960,00	76,80	960,00	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 : ANA PAULA JANAINA SOARES DE SO
 Função : CUIDADOR

CNPJ/CPF/CEI : 26047928000115
 Referente : 10/2017
 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	Salário Líquido	Base IRRF	Faixa IRRF
960,00	960,00	960,00	76,80	960,00	883,20	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 / 00046669-5
Nome destinatário:	ANA PAULA J S DE SOUZA
Valor:	R\$ 883,20
Identificação da operação:	PAG SAL OUTUBRO2017
Data de débito:	01/11/2017
Data/hora da operação:	01/11/2017 15:12:54
Código da operação:	00513036
Chave de segurança:	T2RPHF1SVMHT8NS

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 : 00189 - ANA PAULA JANAINA SOARES DE SOUZA
 Função : CUIDADOR
 Senhor :

Horário : 07:00 11:24 / 13:00 17:24
 Comp. : 26/09/2017 A 25/10/2017
 C.Custo : -

Dia	Dia da Semana	Intervalo		Hora Extra		Assinatura
		Entrada	Saída	Entrada	Saída	
26/09	Terça	07:04	11:25	13:00	17:27	APPA
27/09	Quarta	07:05	11:24	13:00	17:26	APPA
28/09	Quinta					
29/09	Sexta					
30/09	Sábado					
01/10	Domingo					
02/10	Segunda	07:00	11:24	13:00	17:26	APPA
03/10	Terça	07:04	11:25	13:00	17:25	APPA
04/10	Quarta	07:02	11:26	13:00	17:27	APPA
05/10	Quinta	07:05	11:24	13:00	17:24	APPA
06/10	Sexta	07:02	11:24	13:00	17:26	APPA
07/10	Sábado					
08/10	Domingo					
09/10	Segunda					
10/10	Terça					
11/10	Quarta					
12/10	Quinta					
13/10	Sexta					
14/10	Sábado					
15/10	Domingo					
16/10	Segunda	07:01	11:26	13:00	17:24	APPA
17/10	Terça	07:03	11:25	13:00	17:26	APPA
18/10	Quarta	07:05	11:27	13:00	17:25	APPA
19/10	Quinta	07:02	11:24	13:00	17:27	APPA
20/10	Sexta	07:04	11:27	13:00	17:26	APPA
21/10	Sábado					
22/10	Domingo					
23/10	Segunda	07:05	11:25	13:00	17:27	APPA
24/10	Terça	07:04	11:26	13:00	17:24	APPA
25/10	Quarta	07:03	11:24	13:00	17:27	APPA

Reservado

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

AL
 CORONEL ANTONIO AUGUSTO DINIZ COSTA
 1º GRAU
 Matrícula nº 88 / de 02/16/69
 07/44/78 de 01/02/78 - 762/86 de
 07/79/87 de 12/02/87 6ª à 8ª série
 São Santos, nº 295 - Bernardo Monteiro
 C. G. - Telefax: (31) 3352-5178

Daniel C. Ferreira de Assis
 E.M. CORONEL ANTONIO AUGUSTO DINIZ COSTA
 Daniel C. Ferreira de Assis
 DIRETORA - MAT.: 33.038-8
 Aut. nº 013/2016/SEDUC / DIR
 Ato Adm. 17211 - 21/01/2016

156-403



Prefeitura Municipal de Contagem
Secretaria Municipal de Saúde
ATESTADO

Atesto que o(a) Sr(a) Ina Paula Santana Soares

portador da Carteira Profissional nº _____

e Carteira de Identidade nº _____

U. B. S. BERNARDO MONTEIRO

AV. WILSON JOSÉ DE SOUZA BICALHO, Nº 40
BAIRRO BERNARDO MONTEIRO
CONTAGEM - MG - TEL.: 3352-5243

Não apresenta ao exame clínico de rotina nenhuma data sinais de

doenças infecto-contagiosas, de alterações evidentes de órgãos dos sentidos ou vícios de conformação física. Durante a entrevista não evidenciei sinais de déficit ou doença neuro-psiquiátrica. (Este atestado ~~é~~ é válido como exame admissional, demissional ou periódico para fins de legislação de saúde do trabalhador de Portaria nº 24 de 29/12/94 do Ministério do Trabalho.)

Compareceu nesta data para consulta / exame tendo permitido na unidade no período de _____ às _____ horas

Necessário permanecer afastado do trabalho por 05 dias,

a partir de 28/09/98 por motivo de doença CID - R11 (a pedido do

paciente). (Este atestado é válido por finalidade previstas no art. 143 § 1º do Decreto 2172 de 05/03/97, e Resolução CM 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

DATA 28/09/98

ASSINATURA E RUBRICA DO RESPONSÁVEL [Assinatura]
CENTRO DE SAÚDE