



157 - 463

Recibo de Pagamento de Salário

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

CNPJ/CPF/CEI : 26047928000115
Referente : 10/2017
Admissão : 19/06/2017
Setor/CC :

| Cód | Descrição | Referência | Vencimentos | Descontos |
|---|-----------------|------------|-----------------|------------|
| 001 | SALARIO BASE | 15,00 | 480,00 | |
| 501 | INSS | 8,00 | | 38,40 |
| 605 | VALE TRANSPORTE | 6,00 | | 28,80 |
| <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>1615396355</u> Matrícula</p> <p> Assinatura <u>MG16220452</u> Matrícula</p> | | | | |
| Salário Base | | Base INSS | Base FGTS | FGTS Mês |
| 960,00 | | 480,00 | 480,00 | 38,40 |
| | | | Salário Líquido | Base IRRF |
| | | | 480,00 | 441,60 |
| | | | | 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 : ANA PAULA RODRIGUES
Função : CUIDADOR

CNPJ/CPF/CEI : 26047928000115
Referente : 10/2017
Admissão : 19/06/2017
Setor/CC :

| Cód | Descrição | Referência | Vencimentos | Descontos |
|---|-----------------|------------|-----------------|------------|
| 001 | SALARIO BASE | 15,00 | 480,00 | |
| 501 | INSS | 8,00 | | 38,40 |
| 605 | VALE TRANSPORTE | 6,00 | | 28,80 |
| <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>1615396355</u> Matrícula</p> <p> Assinatura <u>MG16220452</u> Matrícula</p> | | | | |
| Salário Base | | Base INSS | Base FGTS | FGTS Mês |
| 960,00 | | 480,00 | 480,00 | 38,40 |
| | | | Salário Líquido | Base IRRF |
| | | | 480,00 | 441,60 |
| | | | | Faixa IRRF |
| | | | | 0,00 |

Data _____

Assinatura _____

152 - 463

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: | 3553 / 013 / 00017887-7 |

| | |
|-----------------------------------|---------------------|
| Nome destinatário: | ANA PAULA RODRIGUES |
| Valor: | R\$ 412,80 |
| Identificação da operação: | PAG SAL OUTUBRO2017 |

| | |
|-------------------------------|---------------------|
| Data de débito: | 01/11/2017 |
| Data/hora da operação: | 01/11/2017 15:13:56 |

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 00514142 |
| Chave de segurança: | K6HR48P6E3XJ9X6M |

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 : 00190 - ANA PAULA RODRIGUES
 Função : CUIDADOR
 Setor :

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 | | | | | |
| 27/09 | Quarta | | | | | |
| 28/09 | Quinta | | | | | |
| 29/09 | Sexta | | | | | |
| 30/09 | Sábado | | | | | |
| 01/10 | Domingo | | | | | |
| 02/10 | Segunda | | | | | |
| 03/10 | Terça | | | | | |
| 04/10 | Quarta | | | | | |
| 05/10 | Quinta | | | | | |
| 06/10 | Sexta | | | | | |
| 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 | | | | | |
| 17/10 | Terça | | | | | |
| 18/10 | Quarta | | | | | |
| 19/10 | Quinta | | | | | |
| 20/10 | Sexta | | | | | |
| 21/10 | Sábado | | | | | |
| 22/10 | Domingo | | | | | |
| 23/10 | Segunda | | | | | |
| 24/10 | Terça | | | | | |
| 25/10 | Quarta | | | | | |

Atestado
Processo e Feriado
Atestado

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



160 - 763

ATESTADO PSICOLÓGICO

Declaro, para os devidos fins, que Sra. Ana Paula Rodrigues, brasileira de afastamento de 01 (um) dia para tratar de sintomas compatíveis CID 6281, apresenta sintomas relativos a angústia, insônia, ansiedade e irritabilidade, necessitando, no momento afastamento de suas atividades laborais para acompanhamento.

18 de Outubro de 2017

Mariana Furtunato Lopes
Psicóloga
CRP.: 04/31286

Mariana Furtunato Lopes CRP 04/31286

161-403

CLÍNICA ULTRA - MED

Clínica Geral - Ginecologia - Cardiologia

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins, a pedido,

que ANA RAIVA

Foi atendido no meu consultório no dia 05/10/2017
às horas necessitando de 02 (02 dias)
de afastamento do trabalho-escola, por motivo de doença.

CIDY RAY
Betim, 05/10/2017

seles ep zint opules d
IT. 11
ESP. 11
00611194943
ESP. 11
00611194943

Dr. Geraldo Luiz de Sales

Rua. Pirajuf 244 - São Caetano - (31) 3591-1205
Av. Belo Horizonte 1775 - Bairro Niterói - (31) 3159-1206
Betim - MG

162-468

Atestado Médico

Atesto para os devidos fins que, o (a)

Sr(a) ANA PAULA RODRIGUES

está sob meus cuidados médicos e necessita de 01 dia(s) de afastamento de suas atividades profissionais.

CID: E66

38101

Belo Horizonte, 04/10/2017


Dr. Cleúlio Melo dos Santos
Cirurgião Geral
Cirurgião Aparelho Digestivo
CRM nº 38.101

163 - 463

CLÍNICA ULTRA - MED

Clínica Geral - Ginecologia - Cardiologia

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins, a pedido,

que ANA PAULA RODRIGUES

Foi atendido no meu consultório no dia 20/11/2017
às horas necessitando de 03 (03 AKJ)
de afastamento do trabalho-escola, por motivo de doença.

CID E66 _____

Betim, _____

06/01/2017
11:49:13
Dr. Geraldo Luiz de Carvalho

Rua. Pirajul 244 - São Caetano - (31) 3591-1205
Av. Belo Horizonte 1775 - Bairro Niterói - (31) 3159-1206
Betim - MG



Prefeitura Municipal de Contagem
Secretaria Municipal de Saúde
ATESTADO



164-463

Atesto que o(a) Sr(a) Paula Rodrigues
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 ~~exame~~ ~~exame~~ não evidencio sinais de déficit ou doença neuro-psiquiátrica. (Este atestado não é válido como exame admissional, demissional ou periódico para fins de ~~atendimento~~ ~~atendimento~~ de portaria nº 24 de 29/12/94 do ~~Ministério~~ ~~Ministério~~ do trabalho).

Compareceu nesta data para consulta / ~~exame~~, tendo permanecido na unidade no período de _____ às _____ horas.

Necessita permanecer afastado de trabalho por ~~dois~~ ~~dois~~ dias,

a partir de 22/09/17 por motivo de doença CID. fol (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 14 a 15 dias).

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Deverá afastar-se do trabalho no período de 02 dias, a partir de 29/09/17 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 **CCEIRIA DINIZ**

DATA 29-09-17
ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL Dr. André Matos Horta
CPM 26556

SMS-A11

165-463

Atestado Médico

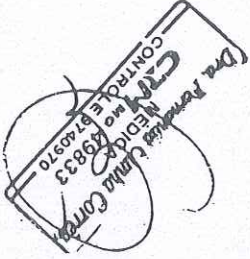
Atesto para os devidos fins que, o (a)

Sr(a) ANA PAULA RODRIGUES

está sob meus cuidados médicos e necessita de 01 (UM) dia(s) de afastamento de suas atividades profissionais.

CID:

49833



Belo Horizonte, 28/09/2016

166-463



Prefeitura Municipal de Contagem
Secretaria Municipal de Saúde
ATESTADO



Atesto que o(a) Sr(a) Anna Paula Rodrigues
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 realização do exame, não houve evidências de déficit ou doença neuro-psiquiátrica. (Exame realizado como exame de rotina em atendimento de urgência de trabalho de 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 em atendimento de urgência de trabalho de portaria por 01 (Dia) dias a partir de 27/09/17 por motivo de doença CID. 10.F33 (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 expedido pelo Conselho Municipal de Saúde do Município de Contagem - MG, em atendimento do trabalho de urgência de trabalho de portaria nº 24 de 29/12/94 do Ministério do Trabalho).

Deverá afastar-se do trabalho no período de 01 dia(s), a partir de 27/09/17 dias, apartir de 27/09/17 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 da multa de uma campo

CCE IRIA DINIZ

UNIDADE DE SAÚDE

DATA 27/09/17
ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL Alma Maria Diniz

SMS-A11

ATESTADO

Atesto que o(a) Sr.(a) ANA PAULA RODRIGUES

Não apresenta, ao exame clínico de rotina realizado nesta data, sinais de doenças infectocontagiosas, de alterações evidentes de órgãos dos sentidos ou vícios de conformação física. Durante a entrevista, não evidenciou sinais de déficit ou doença neuropsiquiátrica (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 24/94 e NR nº 07, do Ministério do Trabalho).

Compareceu nesta data para consulta/exame, tendo permanecido na Clínica no período de às horas.

Compareceu nesta data para consulta/exame, acompanhado pelo Sr.(a) tendo permanecido na Clínica no período de às horas.

Necessita permanecer afastado do trabalho por 01 dias (Hum) a partir de 26.09.17, por motivo de doença CID F40. (Este atestado é válido para finalidades previstas nos artigos 71 e 72, parágrafo 1º do Decreto 3048/99 e será expedido para justificar o afastamento do trabalho de 01 a 15 dias).

Eu,
RG
 autorizo a inclusão do CID no Atestado Médico.

DR. ROBERTO JOSÉ MACHADO
REGISTRO Nº 52248
CLÍNICA RB
CONTROLE 9812718

Assinatura do Cliente

Contagem, 26.09.17

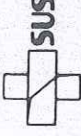
Assinatura / Carimbo Médico

Rua Manoel Pinheiro Diniz, 25 (Entre o Fórum e o Colégio Bábila Camargos)
Centro - Contagem - CEP 32041-140 - Tel.: (31) 3398-8874
e-mail: clinicaviverbem@yahoo.com.br



Prefeitura Municipal de Contagem
Secretaria Municipal de Saúde
ATESTADO

168 - 463



Atesto que o(a) Sr(a) Amã Paula Rodrigues
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 ~~exame~~ ~~exame~~ não evidenciamos sinais de déficit ou doença neuro-psiquiátrica. (Este atestado não tem validade para fins de afastamento profissional, gerencial, ou período para fins de licença a ser trabalhada de 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 de afastamento do trabalho por 11 Dias (a pedido do 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 ~~está expedido para~~ ~~justificar o afastamento do~~ trabalho do ~~Sistema Único de Saúde~~ ~~SUS~~ a partir de 25/09/17 por motivo de doença CID. 10.F33 (a pedido do

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 ~~está expedido para~~ ~~justificar o afastamento do~~ trabalho do ~~Sistema Único de Saúde~~ ~~SUS~~)

Deverá afastar-se do trabalho no período de _____ Uma Dia dias, a partir de 25/09/17

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 CCETRIA DINIZ

DATA 25-09-17
ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL D: [Signature] 2010

SMS-11

ATESTADO MÉDICO

Atesto, para fins de trabalho, que o(a) paciente Amo Paula
Sozinha

necessita afastar-se de suas atividades profissionais por um período de
01 em duas) dias a partir desta data.

CID.: 606

Belo Horizonte, 23 / 10 / 11


Dr. Cláudio Melo dos Santos
Cirurgião Geral
Cirurgião do Aparelho Digestivo
CRM 38.101

Médico