


193 - 415

Recibo de Pagamento de Salário			
Empresa : 0042-ASSOCIAÇÃO DOS SURDOS DE CONTAGEM Endereço : RUA RISO DO PRADO - 198 Nome : LILIANE BELO ROCHA Função : CUIDADOR			
CNPJ/CPF/CEI : 26047928000115 Referente : 09/2017 Admissão : 19/06/2017 Setor/CC :			
Cód	Descrição	Referência	Vencimentos
001 501	SALARIO BASE INSS	30.00 8.00	960,00
Descontos 76.80			
Salário Base 960,00 Base INSS 960,00 Base FGTS 960,00 FGTS Mês 76.80		Base IRRF 883,20 Base IRRF 883,20 Faixa IRRF 0,00	
Salário Líquido 76.80			
Data _____ Assinatura _____			


Certificamos que o

Material
 Serviço

deste documento foi recebido e conferido.


 Assinatura

MG16396355
 Matrícula


 Assinatura

MG162204103
 Matrícula

Recibo de Pagamento de Salário			
Empresa : 0042-ASSOCIAÇÃO DOS SURDOS DE CONTAGEM Endereço : RUA RISO DO PRADO - 198 Nome : LILIANE BELO ROCHA Função : CUIDADOR			
CNPJ/CPF/CEI : 26047928000115 Referente : 09/2017 Admissão : 19/06/2017 Setor/CC :			
Cód	Descrição	Referência	Vencimentos
001 501	SALARIO BASE INSS	30.00 8.00	960,00
Descontos 76.80			
Salário Base 960,00 Base INSS 960,00 Base FGTS 960,00 FGTS Mês 76.80		Base IRRF 883,20 Base IRRF 883,20 Faixa IRRF 0,00	
Salário Líquido 76.80			
Data _____ Assinatura _____			

194 - 415

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:	1532 / 013 / 00008338-8

Nome destinatário:	LILIANE BELO ROCHA
Valor:	R\$ 883,20
Identificação da operação:	PAGTO SALARI REF SET/2017

Data de débito:	02/10/2017
Data/hora da operação:	02/10/2017 14:02:50

Código da operação:	00746974
Chave de segurança:	NCFLOW3NR4MTEA2G

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 : 00218 - LILIANE BELO ROCHA
 Função : CUIDADOR
 Setor :

Horário : 07:00 11:24 / 13:00 17:24
 Comp. : 26/08/2017 A 25/09/2017
 C.Gusto :

Dia	Dia da Semana	Intervalo		Hora Extra		Assinatura
		Entrada	Saída	Entrada	Saída	
26/08	Sábado	SABADO				SABADO
27/08	Domingo	DOMINGO				DOMINGO
28/08	Segunda	7:01 11:25	13:00 17:24			Liliane Belo Rocha
29/08	Terça	7:03 11:24	13:00 17:24			Liliane Belo Rocha
30/08	Quarta	FERIADO				FERIADO
31/08	Quinta	7:02 11:26	13:00 17:25			Liliane Belo Rocha
01/09	Sexta	7:03 11:24	13:00 17:24			Liliane Belo Rocha
02/09	Sábado	SABADO				SABADO
03/09	Domingo	DOMINGO				DOMINGO
04/09	Segunda	7:01 11:25	13:00 17:25			Liliane Belo Rocha
05/09	Terça	7:03 11:24	13:00 17:24			Liliane Belo Rocha
06/09	Quarta	7:02 11:26	13:00 17:26			Liliane Belo Rocha
07/09	Quinta	FERIADO				FERIADO
08/09	Sexta	RECESSO				RECESSO
09/09	Sábado	SABADO				SABADO
10/09	Domingo	DOMINGO				DOMINGO
11/09	Segunda	Afastado				Afastado
12/09	Terça	7:01 11:25	13:00 17:26			Liliane Belo Rocha
13/09	Quarta					
14/09	Quinta	7:02 11:00				Liliane Belo Rocha
15/09	Sexta	Afastado				Afastado
16/09	Sábado	SABADO				SABADO
17/09	Domingo	DOMINGO				DOMINGO
18/09	Segunda	Afastado				Afastado
19/09	Terça	Afastado				Afastado
20/09	Quarta	Afastado				Afastado
21/09	Quinta	Afastado				Afastado
22/09	Sexta	Afastado				Afastado
23/09	Sábado	SABADO				SABADO
24/09	Domingo	DOMINGO				DOMINGO
25/09	Segunda	Afastado				Afastado

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


 Marcelo Roberto J. Castro
 Vice - Diretor
 Matrícula: 0142885

E. M. IVAN DINIZ MACEDO
 Ensino Fundamental
 Lei de Criação Nº 2903/96
 Portaria de Aut. Nº 842/98 (1ª à 4ª)
 Portaria de Aut. Nº 297/99 (5ª à 8ª)
 Rua Nossa Senhora da Conceição, 500
 B. Retiro - Contagem - CEP: 32050-001
 FONE: (31) 3352-5192

SUS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Declaração de comparecimento

Declaro que o (a) Senhor (a) Edisiane Belo Rocha

Portador (a) do documento nº 12.193.591

compareceu nesta unidade no dia 13/09/17

No horário de 07:00 às 09:35, como:

Paciente
 Acompanhante

Para o fim de consulta médica e/ou exames, comprovado no livro de registro

Nº _____

Contagem 13 Setembro de 20 17

Joana K. de Paula

Assistente Social
 AV. RETIRO DOS IMIGRANTES, 80
 Bairro Retiro - Contagem-MG
 3352-5691 / 3352-5311

UPA VAREM DAS FLORES - RETIRO DOS IMIGRANTES, 80 - RETIRO - 33525311-33525311



Prefeitura Municipal de Contagem
Secretaria Municipal de Saúde
ATESTADO



Atesto que o(a) Sr(a) Helene Belo Rocha

portador da Carteira Profissional nº _____

e Carteira de Identidade nº _____

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 admissional demissional ou peribóico 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 7 (sete) dias, a partir de 11/09/17 por motivo de doença CID. R05 (a pedido do paciente). (Este atestado é válido p/ finalidades previstas no art. 1438 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).

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 EQUIPE Nº _____ de mais de um campo.


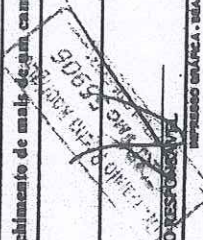
UNIDADE DE SAÚDE: DSE - São Judas Tadeu

DATA

11/09/17

SUS-A11

ASSINATURA E RESPONSABILIDADE

 <p>PREFEITURA DE BETIM</p>	<p>UBS ICAVERA</p> <p>RAZÃO SOCIAL: 80 Icaivera</p> <p>ATESTADO</p> <p>INSCRIÇÃO: 0.507.811.192</p> <p>END: 3501-7165</p> <p>SUS</p>
<p>Atesto que o(a) Sr(a) <u>Silvia Helena</u></p> <p>Portador da Carteira Profissional nº _____</p> <p>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 checked="" type="checkbox"/> Necessita permanecer afastado do trabalho por <u>10</u> dias, a partir de <u>15.09.17</u> por motivo de doença CID: <u>J.18.8</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</p> <p><u>15.09.2017</u></p>	<p>ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL</p> 



Prefeitura Municipal de Contagem
Secretaria Municipal de Saúde
ATESTADO



Atesto que o(a) Sr(a) Liliane Vello Verde

portador da Carteira Profissional nº _____

e Carteira de Identidade nº RG - 12.193.591

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 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 14 (quatorze) dias, a partir de 19/09/17 por motivo de doença CID. A16.9. (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 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

UNIDADE DE SAÚDE: Distrito Materno Infantil

DATA: 19/09/17

ASSINATURA E CARIMBO RESPONSÁVEL: [Assinatura]

EQUIPE RESPONSÁVEL