

237-415

Recibo de Pagamento de Salário

Empresa : 0042-ASSOCIAÇÃO DOS SURDOS DE CONTAGEM

CNPJ/CPF/CEI : 26047928000115

Endereço : RUA RISO DO PRADO - , 198

Referente : 09/2017

Nome : MARILENE RODRIGUES PEREIRA

Admissão : 19/06/2017

Função : CUIDADOR

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.



Assinatura

1615396358

Matrícula



Assinatura

19162204102

Matrícula

Salário Base	Base INSS	Base FGTS	FGTS Mês	Base IRRF	Faixa IRRF
960,00	960,00	960,00	76,80	883,20	0,00

Data _____

Assinatura _____

Recibo de Pagamento de Salário

Empresa : 0042-ASSOCIAÇÃO DOS SURDOS DE CONTAGEM

CNPJ/CPF/CEI : 26047928000115

Endereço : RUA RISO DO PRADO - , 198

Referente : 09/2017

Nome : MARILENE RODRIGUES PEREIRA

Admissão : 19/06/2017

Função : CUIDADOR

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	Base IRRF	Faixa IRRF
960,00	960,00	960,00	76,80	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:	1529 / 013 / 00047548-4

Nome destinatário:	MARILENE RODRIGUES PEREIRA
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 14:09:35

Código da operação:	00755188
Chave de segurança:	RUA628RJLCQKY42Z

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

239-416

Processado por: VENUS CONTABILIDADE E PLANEJAMENTO TRIBUTARIO

Folha Individual de Ponto

Folha : 1

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

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

Código : 00231 - MARILENE RODRIGUES PEREIRA
Função : CUIDADOR
Setor :

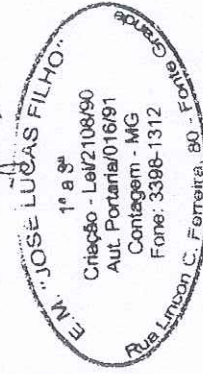
Horário : 07:00 11:24 / 13:00 17:24
Comp. : 26/08/2017 A 25/09/2017
C.Custo :

Dia	Dia da Semana	Entrada	Intervalo		Hora Extra		Assinatura
			Saída	Entrada	Saída	nº Horas	
26/08	Sábado	ATES					
27/08	Domingo	ATES					
28/08	Segunda	ATES					
29/08	Terça	704	11:25	13:59	17:26		Marilene R. Pereira
30/08	Quarta	701	11:27	13:00	17:28		Marilene R. Pereira
31/08	Quinta	658	11:24	13:03	17:29		Marilene R. Pereira
01/09	Sexta	702	11:28	13:01	17:24		Marilene R. Pereira
02/09	Sábado						
03/09	Domingo						
04/09	Segunda	703	11:24	13:00	17:21		Marilene R. Pereira
05/09	Terça	658	11:30	13:05	17:23		Marilene R. Pereira
06/09	Quarta	705	11:32	13:09	17:20		Marilene R. Pereira
07/09	Quinta	FERIADO					
08/09	Sexta		RECESSO			repor	8103
09/09	Sábado						
10/09	Domingo						
11/09	Segunda	703	11:28	13:00	17:24		Marilene R. Pereira
12/09	Terça	701	11:24	13:09	17:26		Marilene R. Pereira
13/09	Quarta	704	11:30	13:00	17:23		Marilene R. Pereira
14/09	Quinta	701	11:23	12:59	17:25		Marilene R. Pereira
15/09	Sexta	700	11:24	13:00	17:24		Marilene R. Pereira
16/09	Sábado	repor			15/03		
17/09	Domingo						
18/09	Segunda	700	11:28	13:05	17:24		Marilene R. Pereira
19/09	Terça	703	11:23	13:03	17:22		Marilene R. Pereira
20/09	Quarta	701	11:24	13:00	17:26		Marilene R. Pereira
21/09	Quinta	705	11:26	13:01	17:24		Marilene R. Pereira
22/09	Sexta	703	11:24	13:00	17:21		Marilene R. Pereira
23/09	Sábado						
24/09	Domingo						
25/09	Segunda	700	11:20	13:00	17:26		Marilene R. Pereira

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

Marilene Rodrigues Pereira

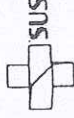
adonante gongos do filho



240-415
276-387



Prefeitura Municipal de Contagem
Secretaria Municipal de Saúde



ATESTADO

Atesto que o(a) Sr(a) MARLENE RODRIGUES
portador da Carteira Profissional nº 00000000000000000000
e Carteira de Identidade nº 00000000000000000000

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 neuropsiquiátrica. (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 08.010 dias, a partir de 21.08.17 por motivo de doença CID. B32.0 (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 de mais de um campo.

UNIDADE DE SAÚDE

DATA

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

27/08/17
DR. PAULO CARLOS SILVA ALBUQUERQUE
C.R.C. nº 170.151-9/RS-ASSOCIAÇÃO
C.R.C. nº 170.151-9/RS-ASSOCIAÇÃO
C.R.C. nº 170.151-9/RS-ASSOCIAÇÃO

SUS-A11