



204-515

Recibo de Pagamento de Salário			
Empresa : 0042-ASSOCIAÇÃO DOS SURDOS DE CONTAGEM Endereço : RUA RISO DO PRADO - 198 Nome : STEICE STEFANE SILVA SIQUEIRA 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 6.00	960.00
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p align="center">Certificamos que o</p> <p><input type="checkbox"/> Material</p> <p><input type="checkbox"/> Serviço</p> <p align="center">deste documento foi recebido e conferido.</p> <p align="center">  Assinatura <u>1616396355</u> Matrícula </p> <p align="center">  Assinatura <u>MG163220752</u> Matrícula </p> </div>			76.80
Salário Base		Base INSS	960.00
960.00		Base FGTS	960.00
		FGTS Mês	76.80
		Base IRRF	883.20
		Salário Líquido	883.20
		Base IRRF	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 : STEICE STEFANE SILVA SIQUEIRA 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
			76.80
Salário Base		Base INSS	960.00
960.00		Base FGTS	960.00
		FGTS Mês	76.80
		Base IRRF	883.20
		Salário Líquido	883.20
		Base IRRF	0.00
		Faixa IRRF	0.00
Data _____ Assinatura _____			

295-415

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:	2432 / 013 / 00036140-9

Nome destinatário:	STEICE STEFANE SILVA SIQUEIRA
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 14:18:22

Código da operação:	00795766
Chave de segurança:	EGCE3XJWYHVGWXFQ

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

Folha : 1

296-515

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

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

Código : 00243 - STEICE STEFANE SILVA SIQUEIRA
 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	Intervalo		Hora Extra		Assinatura
		Entrada	Saída	Entrada	Saída	
26/08	Sábado	—	—	—	—	—
27/08	Domingo	—	—	—	—	—
28/08	Segunda	06:54	11:35	13:00	17:24	Steice
29/08	Terça	07:00	11:28	12:59	17:28	Steice
30/08	Quarta	06:54	11:29	13:01	17:29	Steice
31/08	Quinta	06:58	11:31	13:00	17:24	Steice
01/09	Sexta	06:55	11:24	12:58	17:25	Steice
02/09	Sábado	—	—	—	—	—
03/09	Domingo	—	—	—	—	—
04/09	Segunda	07:00	11:28	12:59	17:28	Steice
05/09	Terça	06:59	11:24	12:59	17:24	Steice
06/09	Quarta	06:55	11:26	13:01	17:26	Steice
07/09	Quinta	06:52	11:29	13:00	17:29	Steice
08/09	Sexta	06:58	11:31	13:00	17:30	Steice
09/09	Sábado	—	—	—	—	—
10/09	Domingo	—	—	—	—	—
11/09	Segunda	06:59	11:31	13:01	17:24	Steice
12/09	Terça	06:52	11:26	12:59	17:26	Steice
13/09	Quarta	06:55	11:24	12:59	17:24	Steice
14/09	Quinta	07:00	11:29	13:00	17:29	Steice
15/09	Sexta	07:01	11:21	12:59	17:27	Steice
16/09	Sábado	—	—	—	—	—
17/09	Domingo	—	—	—	—	—
18/09	Segunda	Atestado	Atestado	—	—	Steice
19/09	Terça	Atestado	Atestado	—	—	Steice
20/09	Quarta	06:56	11:24	12:59	17:25	Steice
21/09	Quinta	Atestado	Atestado	—	—	Steice
22/09	Sexta	06:54	11:26	12:59	17:29	Steice
23/09	Sábado	—	—	—	—	—
24/09	Domingo	—	—	—	—	—
25/09	Segunda	06:50	11:24	12:58	17:24	Steice

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

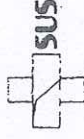
Valéria Soares
 Valéria Soares
 Vice-diretora
 Matr. 01369187

ESCOLA MUNICIPAL MARIA DO
 CARMO ORECHIO - ANEXO.
 Rua VL 30, nº 2072
 Nova Contagem
 Tel.: 3352-5379

297-415



Prefeitura Municipal de Contagem
Secretaria Municipal de Saúde
ATESTADO



Atesto que o(a) Sr(a) Alire Siqueira S. Siqueira
 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 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 02 (dois) dias, a partir de 17/09/17 por motivo de doença CID _____ (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 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 **UNIDADE DE SAÚDE**
 DATA 17/09/17
 ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL [Assinatura]
 SMS A11

80
Belo Horizonte - Contagem-MG
132525911

298-415



Prefeitura Municipal de Contagem
Secretaria Municipal de Saúde

ATESTADO



Atesto que o(a) Sr(a) Stela Stefane Siqueira
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 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 01 dia (a partir de 21/9/17 por motivo de doença CID Z00) dias, paciente. (Este atestado é válido por 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 _____

conforme o dispositivo no inciso XVII, art. 7º, capitulo II, título II da Constituição Federal de 05/10/88. (Licença - Maternidade) _____) dia(s), a partir de _____ / ____ / ____

OBS.: Este Atestado perderá o valor em caso de rasura e de preenchimento de mais de um campo. UBS RETIRO 3

UNIDADE DE SAÚDE

DATA

21/9/17

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

D. M. M. Souza

CRM 12345

UBS RETIRO DOS

MOBILIZANTES-SM

TEL: 3352-5264

SM-S-11