

260 - 387

Recibo de Pagamento de Salário

Empresa : 0042-ASSOCIAÇÃO DOS SURDOS DE CONTAGEM
Endereço : RUA RISO DO PRADO - , 198
Nome : MARIA ENI SILVA PEREIRA
Função : CUIDADOR


CNPJ/CPF/CEI : 26047928000115
Referente : 08/2017
Admissão : 19/06/2017
Setor/CC :

Cód	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
001 501	SALARIO BASE INSS	30,00 8,00	960,00	76,80


Material
 Serviço

Certificamos que o

deste documento foi recebido e conferido.


 Assinatura

1616396356
 Matrícula


 Assinatura

1616396356
 Matrícula

***** FELIZ ANIVERSÁRIO *****

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
Endereço : RUA RISO DO PRADO - , 198
Nome : MARIA ENI SILVA PEREIRA
Função : CUIDADOR

CNPJ/CPF/CEI : 26047928000115
Referente : 08/2017
Admissão : 19/06/2017
Setor/CC :

Cód	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
001 501	SALARIO BASE INSS	30,00 8,00	960,00	76,80

***** FELIZ ANIVERSÁRIO *****

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:	2427 / 011 / 00041004-6

Nome destinatário:	MARIA ENI SILVA PEREIRA
Valor:	R\$ 883,20
Identificação da operação:	PAG SAL AGO 2017

Data de débito:	06/09/2017
Data/hora da operação:	06/09/2017 12:33:43

Código da operação:	00481233
Chave de segurança:	GUEXYJPT5PMSJZWE

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

262 - 387

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 : 00228 - MARIA ENI SILVA PEREIRA
 Função : CUIDADOR
 Setor : -

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

Dia	Dia da Semana	Intervalo		Hora Extra		Assinatura
		Entrada	Saída	Entrada	Saída	
26/07	Quarta					
27/07	Quinta					
28/07	Sexta					
29/07	Sábado					
30/07	Domingo					
31/07	Segunda					
01/08	Terça	07:00	11:24	12:59	14:26	Maria Eni Silva
02/08	Quarta	07:00	11:24	13:00	14:28	Maria Eni Silva
03/08	Quinta	07:00	11:24	12:58	14:25	Maria Eni Silva
04/08	Sexta	07:00	11:24	13:00	14:24	Maria Eni Silva
05/08	Sábado					
06/08	Domingo					
07/08	Segunda	07:00	11:24	12:59	14:27	Maria Eni Silva
08/08	Terça	Alcatraz de HS		13:00	14:25	Maria Eni Silva
09/08	Quarta	07:00	11:24	13:00	14:24	Maria Eni Silva
10/08	Quinta	07:00	11:24	13:00	14:26	Maria Eni Silva
11/08	Sexta	07:00	11:24	13:00	14:28	Maria Eni Silva
12/08	Sábado					
13/08	Domingo					
14/08	Segunda	07:00	11:24	13:00	14:26	Maria Eni Silva
15/08	Terça	FEZ DIA OFF				
16/08	Quarta	07:00	11:24	13:00	14:24	Maria Eni Silva
17/08	Quinta	07:00	11:24	13:00	14:25	Maria Eni Silva
18/08	Sexta	07:00	11:24	13:00	14:28	Maria Eni Silva
19/08	Sábado					
20/08	Domingo					
21/08	Segunda	07:00	11:24	13:00	14:24	Maria Eni Silva
22/08	Terça	07:00	11:24	13:00	14:26	Maria Eni Silva
23/08	Quarta	07:00	11:24	13:00	14:25	Maria Eni Silva
24/08	Quinta	07:00	11:24	13:00	14:28	Maria Eni Silva
25/08	Sexta	07:00	11:24	13:00	14:28	Maria Eni Silva

Obs.: Substitui o Quadro de Horário de Trabalho, de acordo com o disposto na Portaria Ministerial nº 3163, de 08/09/1982

Maria Eni Silva
 Maria Rita Carmelinda Rocha
 Diretor Escalar
 Nº Matr. 190.3615/seq/uf/dm
 Nº de Inscrição 21/04/1985 - DCA

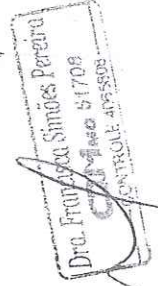
E.M. RITA CARMELINDA ROCHA
 Decreto de Criação nº 137 de 05/04/76 - Es. Fundamental
 Portaria de Impl. nº 100 de 23/07/80
 Portaria de Impl. nº 100 de 23/07/80
 Rua Fátima, nº 100 - Contagem - MG - CEP: 32.131-100 - Fone: (31) 3229-5229

253-387

Declaração de comparecimento e Acompanhamento

Declaro e atesto, a pedido da parte interessada, para os devidos fins, que o(a) Sr(a) **LARISSA APARECIDA SILVA AVELAR**, registro nº **03389347**, compareceu no Setor de Consultórios nas dependências do Biocor Hospital de Doenças Cardiovasculares Ltda., no período de **08/08/2017** a **08/08/2017** no horário hs. às hs., submetendo -se a avaliação clínica e exame, CID nº _____, realizados por mim, Médico(a) ao final assinado, estando acompanhado pelo(a) Sr.(a) **Maria Eni Silva Pereira**.

Nova Lima 08 de Agosto de 2017



Dr(a). **CRISTIANE NUNES MARTINS**
CRM 23135