

380-387

Recibo de Pagamento de Salário

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

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

Cód	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
001	SALARIO BASE	30,00	960,00	
501	INSS	8,00		76,80
605	VALE TRANSPORTE	6,00		57,60

Certificamos que o

 Material Serviço

deste documento foi recebido e conferido.


 Assinatura

46162968365

Matrícula

M016020152

Matrícula

Salário Base	Base INSS	Base FGTS	FGTS Mês	Base IRRF	Salário Líquido	Faixa IRRF
960,00	960,00	960,00	76,80	883,20	960,00	825,60
						0,00

Data

Assinatura

Recibo de Pagamento de Salário

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

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

Cód	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
001	SALARIO BASE	30,00	960,00	
501	INSS	8,00		76,80
605	VALE TRANSPORTE	6,00		57,60

Salário Base	Base INSS	Base FGTS	FGTS Mês	Base IRRF	Salário Líquido	Faixa IRRF
960,00	960,00	960,00	76,80	883,20	960,00	825,60
						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:	0893 / 01B / 00092757-9

Nome destinatário:	MARIA LUCIA DE JESUS
Valor:	R\$ 825,60
Identificação da operação:	PAGTO REF AGOSTO/2017

Data de débito:	06/09/2017
Data/hora da operação:	06/09/2017 15:02:29

Código da operação:	00655805
Chave de segurança:	ZRU737962J75RTQF

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

362-387

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 : 00225 - MARIA LUCIA DE JESUS
 Função : CUIDADOR
 Setor :

Horário : 07:00 11:24 / 13:00 17:24
 Comp. : 07/2017
 C.Custo :

Dia	Dia da Semana	Entrada	Intervalo		Saída	Hora Extra		Assinatura
			Saída	Entrada		Entrada	Saída	
26/07	Quarta							
27/07	Quinta							
28/07	Sexta							
29/07	Sábado							
30/07	Domingo							
31/07	Segunda	07:05	11:24	13:00	17:24			<i>[Assinatura]</i>
01/08	Terça	07:08	11:24	13:00	17:24			<i>[Assinatura]</i>
02/08	Quarta	07:00	11:24	13:00	17:24			<i>[Assinatura]</i>
03/08	Quinta	06:55	11:24	13:00	17:24			<i>[Assinatura]</i>
04/08	Sexta	06:50	11:24	13:00	17:24			<i>[Assinatura]</i>
05/08	Sábado							
06/08	Domingo							
07/08	Segunda	06:50	11:24	13:00	17:24			<i>[Assinatura]</i>
08/08	Terça	06:48	11:24	13:00	17:24			<i>[Assinatura]</i>
09/08	Quarta	06:55	11:24	13:00	17:24			<i>[Assinatura]</i>
10/08	Quinta	06:59	11:24	13:00	17:24			<i>[Assinatura]</i>
11/08	Sexta	07:00	11:24	13:00	17:24			<i>[Assinatura]</i>
12/08	Sábado	*						
13/08	Domingo							
14/08	Segunda	06:50	11:24	13:00	17:24			<i>[Assinatura]</i>
15/08	Terça	07:00	11:24	13:00	17:24			<i>[Assinatura]</i>
16/08	Quarta	07:05	11:24	13:00	17:24			<i>[Assinatura]</i>
17/08	Quinta	06:50	11:24	13:00	17:24			<i>[Assinatura]</i>
18/08	Sexta	06:55	11:24	13:00	17:24			<i>[Assinatura]</i>
19/08	Sábado							
20/08	Domingo							
21/08	Segunda	07:00	11:24	13:00	17:24			<i>[Assinatura]</i>
22/08	Terça							
23/08	Quarta							
24/08	Quinta							
25/08	Sexta							

Atestado

Obs: Substitui o Quadro de Horário de Trabalho, de acordo com o disposto na Portaria Ministerial nº 3162 de 09/09/1962

[Assinatura]

Marta de Oliveira S. Siqueira
 Vice-Diretora
 Mat. 32.110-9-0

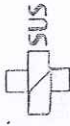
E.M. PROFª ANA GUEDES VIEIRA
 Lei de Criação nº 2089/98
 Portaria de Aut. 526/91
 Rua Vc4, nº 777 - Nova Contagem
 Contagem-MG - CEP 32 050 150
 Fone 3352-5222

*Reposição referente à 24/03

363-387



Prefeitura Municipal de Contagem
Secretaria Municipal de Saúde
ATESTADO



Atesto que o(a) Sr(a) Fone Lucinda Jesus
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 valido como exame admissional de profissional especializado para fins de legislação a saúde do trabalhador, vide Portaria nº 24 de 29/1/2002 do Ministério do Trabalho.)

Com parecer de pronto data para consulta / exame tendo verificado na unidade no período de _____ horas.

Indicação para afastamento do trabalho por 04 dias
a partir de 22.08.17 por motivo de doença CID: H10 (a julgar no percentual deste atestado e válido as finalidades previstas no art. 143 § 1º do Decreto 2012 de 05/03/87 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, apartir 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 **RETIRO 3**

UNIDADE DE SAÚDE	AV. RETIRO DOS
DATA	22/8/17
SMS-ATI	DR. MARIO PEREIRA SOBRINHO TEL: 3352-5264