
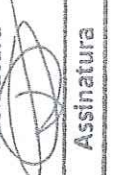


146 - 278

Recibo de Pagamento de Salário

Empresa : 0042-ASSOCIAÇÃO DOS SURDOS DE CONTAGEM Endereço : RUA RISO DO PRADO - , 198 Nome : ANA PAULA JANAINA SOARES DE SO 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			
Certificamos que o <input type="checkbox"/> Material <input type="checkbox"/> Serviço deste documento foi recebido e conferido.  Assinatura <u>116153916356</u> Matrícula  Assinatura <u>MG000450</u> Matrícula							
Salário Base		Base INSS	Base FGTS	FGTS Mês	Base IRRF		
960,00		960,00	960,00	76,80	883,20		
			Salário Líquido		883,20		
					76,80		
					883,20		
					0,00		
					0,00		
Data		Assinatura					

Recibo de Pagamento de Salário

Empresa : 0042-ASSOCIAÇÃO DOS SURDOS DE CONTAGEM Endereço : RUA RISO DO PRADO - , 198 Nome : ANA PAULA JANAINA SOARES DE SO 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			
Salário Base		Base INSS	Base FGTS	FGTS Mês	Base IRRF		
960,00		960,00	960,00	76,80	883,20		
			Salário Líquido		883,20		
					76,80		
					883,20		
					0,00		
					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 / 013 / 00046669-5
Nome destinatário:	ANA PAULA J S DE SOUZA
Valor:	R\$ 883,20
Identificação da operação:	PAG SAL AGO 2017
Data de débito:	06/09/2017
Data/hora da operação:	06/09/2017 10:12:03
Código da operação:	00241707
Chave de segurança:	ZM46NA21EMRG4JRZ

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

148 - 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 : 00189 - ANA PAULA JANAINA SOARES DE SOUZA
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	07:03	11:26	13:00	17:24	APJA
01/08	Terça	07:05	11:24	13:00	17:26	APJA
02/08	Quarta	07:04	11:25	13:00	17:25	APJA
03/08	Quinta	07:00	11:24	13:00	17:27	APJA
04/08	Sexta	07:05	11:27	13:00	17:26	APJA
05/08	Sábado					
06/08	Domingo					
07/08	Segunda	07:03	11:26	13:00	17:25	APJA
08/08	Terça	07:02	11:27	13:00	17:26	APJA
09/08	Quarta	07:01	11:24	13:00	17:24	APJA
10/08	Quinta	07:04	11:25	13:00	17:25	APJA
11/08	Sexta	07:05	11:27	13:00	17:27	APJA
12/08	Sábado					
13/08	Domingo					
14/08	Segunda	07:50	11:25	13:00	17:24	APJA
15/08	Terça	07:05	11:26	13:00	17:24	APJA
16/08	Quarta					
17/08	Quinta					
18/08	Sexta					
19/08	Sábado					
20/08	Domingo					
21/08	Segunda	07:01	11:27	13:00	17:25	APJA
22/08	Terça	07:02	11:25	13:00	17:24	APJA
23/08	Quarta	07:04	11:27	13:00	17:26	APJA
24/08	Quinta	07:05	11:26	13:00	17:27	APJA
25/08	Sexta	07:03	11:24	13:00	17:25	APJA

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

ESCOLA MUNICIPAL
 "EL ANTONIO AUGUSTO DINIZ COSTA" 1º GRUPO
 Lei de criação nº 887 de 02/06/69
 Fed. Aut. nº 4478 de 08/02/78 - 752/85 de
 3/05/86 5º série - 739/87 de 12/02/87 6ª à 8ª série
 Vicente dos Santos, nº 295 - Bernardo Monteiro
 31-600-011352-5178

Daniel Ferreira
 E.M. CORDELI ANTONIO AUGUSTO DINIZ COSTA
 Daniel Ferreira de Assis
 DIRETORA - MAT: 33.038-8
 Aut. nº 613/2016/SEDUC / DIR
 Ato Administrativo: 17211 - 21/01/2016



Prefeitura Municipal de Contagem
Secretaria Municipal de Saúde
ATESTADO

199 - 387

Unidade de Referência SUS
 Distrito Pétrolândia - SMS Contagem
 Rua Refinado Duque de Cavali, nº 997
 Bairro Pétrolândia - CEP 32072-170
 Tel.: 3352-5261 / 3352-5306

Atesto que o(a) Sr(a) ANA PAULA ZA
 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 _____ (cinco) dias, a partir de 16/08/17 por motivo de doença CID. M54.5 (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 _____ (até 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
<u>16/08/17</u>	

SMS-A11
16108717
Dr. Elmo Silveira da Rocha
 Médico
 CRM MG 21792