

097-415

## Recibo de Pagamento de Salário

Empresa : 0042-ASSOCIAÇÃO DOS SURDOS DE CONTAGEM  
 Endereço : RUA RISO DO PRADO - 198  
 Nome : ANA CLAUDIA DE MOURA CALAZANS  
 Função : CUIDADOR


CNPJ/CPF/CEI : 26047928000115  
 Referente : 09/2017  
 Admissão : 19/06/2017  
 Setor/CC :


Cód	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
001	SALARIO BASE	30,00	960,00	
497	FALTAS P/ DIAS NORMAIS	1,00		32,00
498	FALTAS P/ DIAS DOM/FER	1,00		32,00
501	INSS	8,00		71,68
605	VALE TRANSPORTE	6,00		57,60
***** FELIZ ANIVERSÁRIO *****				
Salário Base		960,00	Base INRR	193,28
Base INSS		896,00	Base IRRF	766,72
Base FGTS		896,00	Salário Líquido	
FGTS Mês		71,68	Base IRRF	0,00
Faixa IRRF				
Data _____ Assinatura _____				

Certificamos que o

Material  
 Serviço

deste documento foi recebido e conferido.

  
 Assinatura  
 Matrícula 1611396305

  
 Assinatura  
 Matrícula 1610220450

## Recibo de Pagamento de Salário

Empresa : 0042-ASSOCIAÇÃO DOS SURDOS DE CONTAGEM  
 Endereço : RUA RISO DO PRADO - 198  
 Nome : ANA CLAUDIA DE MOURA CALAZANS  
 Função : CUIDADOR

CNPJ/CPF/CEI : 26047928000115  
 Referente : 09/2017  
 Admissão : 19/06/2017  
 Setor/CC :

Cód	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
001	SALARIO BASE	30,00	960,00	
497	FALTAS P/ DIAS NORMAIS	1,00		32,00
498	FALTAS P/ DIAS DOM/FER	1,00		32,00
501	INSS	8,00		71,68
605	VALE TRANSPORTE	6,00		57,60
***** FELIZ ANIVERSÁRIO *****				
Salário Base		960,00	Base IRRF	193,28
Base INSS		896,00	Base IRRF	766,72
Base FGTS		896,00	Salário Líquido	
FGTS Mês		71,68	Base IRRF	0,00
Faixa IRRF				
Data _____ Assinatura _____				

008 - 415

**CAIXA****Comprovante de transferência entre contas da CAIXA - TEV**

Via Internet Banking CAIXA

<b>Emitente:</b>	ASSOCIACAO DOS SURDOS DE CONTAGE
<b>Conta origem:</b>	0893 / 003 / 00004717-2
<b>Conta destino:</b>	0893 / 013 / 00079147-2
<b>Nome destinatário:</b>	ANA CLAUDIA DE MOURA CALAZANS
<b>Valor:</b>	R\$ 766,72
<b>Identificação da operação:</b>	PAGTO SALARI REF SET/2017
<b>Data de débito:</b>	02/10/2017
<b>Data/hora da operação:</b>	02/10/2017 13:24:27
<b>Código da operação:</b>	00717699
<b>Chave de segurança:</b>	URLYEUEHSEFUX2X

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

099 - 415

Processado por: VENUS CONTABILIDADE E PLANEJAMENTO TRIBUTARIO

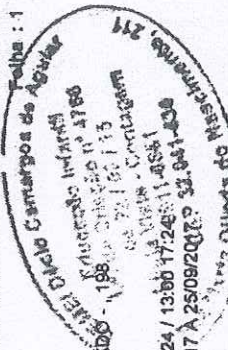
Folha Individual de Ponto

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

Código : 00192 - ANA CLAUDIA DE MOURA CALAZANS  
 Função : CUIDADOR  
 Setor :


Endereço : RUA RISO DO PRAADO, 198 - JARDIM STRECHTO Nº 3162  
 Cidade/Uf : CONTAGEM/MG

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	07:04	11:24	13:00	17:25	ANA CLAUDIA
29/08	Terça	07:04	11:24	13:00	17:24	ANA CLAUDIA
30/08	Quarta					
31/08	Quinta	07:00	11:24	13:00	17:23	ANA CLAUDIA
01/09	Sexta	07:02	11:24	13:00	17:22	ANA CLAUDIA
02/09	Sábado					
03/09	Domingo					
04/09	Segunda	07:05	11:24	13:00	17:20	ANA CLAUDIA
05/09	Terça	07:07	11:24	13:00	17:24	ANA CLAUDIA
06/09	Quarta	FALTA INJUSTA			CADA	
07/09	Quinta					
08/09	Sexta	07:03	11:24	13:00	17:21	ANA CLAUDIA
09/09	Sábado					
10/09	Domingo					
11/09	Segunda	07:05	11:24	13:00	17:25	ANA CLAUDIA
12/09	Terça	07:04	11:24	13:00	17:23	ANA CLAUDIA
13/09	Quarta	Saudade de casa				
14/09	Quinta	07:01	11:24	13:00	17:21	ANA CLAUDIA
15/09	Sexta	07:03	11:24	13:00	17:24	ANA CLAUDIA
16/09	Sábado					
17/09	Domingo					
18/09	Segunda	07:02	11:24	13:00	17:22	ANA CLAUDIA
19/09	Terça	Causa de falta				
20/09	Quarta	07:00	11:24	13:00	17:25	ANA CLAUDIA
21/09	Quinta	07:04	11:24	13:00	17:21	ANA CLAUDIA
22/09	Sexta	07:05	11:24	13:00	17:20	ANA CLAUDIA
23/09	Sábado					
24/09	Domingo					
25/09	Segunda	07:03	11:24	13:00	17:24	ANA CLAUDIA

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

  
 CEMEIOBETIC CARLOS DE AGUIAR  
 MÉRICA APARECIDA GONÇALVES CARNEI  
 Dirigente Escolar Mat Nº 01267848  
 Nº Aut 111/2016/SEDUC/DIR  
 Nº Ato Ad 19043  
 OOC Ed 4012 de 23/12/2015



Prefeitura Municipal de Contagem  
Secretaria Municipal de Saúde  
ATESTADO



Atesto que o(a) Sr(a) Jana Claudete de Moura E.

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 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 02 dias 11 horas.


Necessita permanecer afastado do trabalho por \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) dias, a partir de \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 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 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 13/04/17

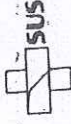
ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL  
  
 ESTAMPADO 72828  
 CONTROLÉ 4400180

SMS-A11

101 - 915



Prefeitura Municipal de Contagem  
Secretaria Municipal de Saúde  
ATESTADO



Atesto que o(a) Sr(a) Luci Elizabeth de Marmo Colapinto

portador da Carteira Profissional nº \_\_\_\_\_

e Carteira de Identidade nº MG13534698

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 07:00 às 08:00 horas.

Necessita permanecer afastado do trabalho por \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) dias, a partir de \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 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 CFM 1190/84 e será expedido para justificar o afastamento do trabalho de 1 a 15 dias).

Deverá atestar-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 UBS Flomengo

DATA 19/09/17 ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

Luciane W. Budonile  
SMS-A11  
Juliana Wabbs Budonile  
Pós-graduação em Saúde