

108 - 915

Recibo de Pagamento de Salário			
Empresa : 0042-ASSOCIAÇÃO DOS SURDOS DE CONTAGEM Endereço : RUA RISO DO PRADO - , 198 Nome : ANA PAULA RODRIGUES Função : CUIDADOR			
CNPJ/CPF/CEI : 26047928000115 Referente : 09/2017 Admissão : 19/06/2017 Setor/CC :			
Cód	Descrição	Referência	Vencimentos
001	SALARIO BASE	30,00	960,00
501	INSS	8,00	
605	VALE TRANSPORTE	6,00	
Certificamos que o <input type="checkbox"/> Material <input type="checkbox"/> Serviço deste documento foi recebido e conferido. _____ Assinatura <i>ANA PAULA RODRIGUES</i> Matricula <u>MGL16220452</u> _____ Assinatura			
Salário Base		960,00	960,00
Base INSS		960,00	
Base FGTS		960,00	
FGTS Mês		76,80	
Base IRRF		883,20	
Salário Líquido		960,00	
Faixa IRRF			134,40
			825,60
Data _____ Assinatura _____			

Recibo de Pagamento de Salário			
Empresa : 0042-ASSOCIAÇÃO DOS SURDOS DE CONTAGEM Endereço : RUA RISO DO PRADO - , 198 Nome : ANA PAULA RODRIGUES Função : CUIDADOR			
CNPJ/CPF/CEI : 26047928000115 Referente : 09/2017 Admissão : 19/06/2017 Setor/CC :			
Cód	Descrição	Referência	Vencimentos
001	SALARIO BASE	30,00	960,00
501	INSS	8,00	
605	VALE TRANSPORTE	6,00	
Salário Base		960,00	960,00
Base INSS		960,00	
Base FGTS		960,00	
FGTS Mês		76,80	
Base IRRF		883,20	
Salário Líquido		960,00	
Faixa IRRF			134,40
			825,60
Data _____ Assinatura _____			

109 - 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:	3553 / 013 / 00017887-7

Nome destinatário:	ANA PAULA RODRIGUES
Valor:	R\$ 825,60
Identificação da operação:	PAGTO SALARI REF SET/2017

Data de débito:	02/10/2017
Data/hora da operação:	02/10/2017 13:27:14

Código da operação:	00719113
Chave de segurança:	V0A70K917S17CA5Z

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

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

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

Código : 00190 - ANA PAULA RODRIGUES
 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	07:00	11:24	13:00	17:24	ANA PAULA RODS
29/08	Terça	07:02	11:25	13:00	17:25	ANA PAULA RODS
30/08	Quarta	07:04	11:28	13:00	17:28	ANA PAULA RODS
31/08	Quinta	07:05	11:24	13:00	17:24	ANA PAULA RODS
01/09	Sexta	07:03	11:25	13:00	17:25	ANA PAULA RODS
02/09	Sábado	-				-
03/09	Domingo	-				-
04/09	Segunda	ATES	Tudo			-
05/09	Terça	ATES	Tudo			-
06/09	Quarta	07:00	11:24	13:00	17:24	ANA PAULA RODS
07/09	Quinta	Fer. 10:00				-
08/09	Sexta	REC 2:55:00				-
09/09	Sábado	-				-
10/09	Domingo	-				-
11/09	Segunda	07:01	11:24	13:00	17:24	ANA PAULA RODS
12/09	Terça	07:04	11:25	13:00	17:26	ANA PAULA RODS
13/09	Quarta	07:06	11:26	13:00	17:27	ANA PAULA RODS
14/09	Quinta	07:00	11:24	13:00	17:24	ANA PAULA RODS
15/09	Sexta	ATES	Tudo			-
16/09	Sábado	-				-
17/09	Domingo	-				-
18/09	Segunda	ATES	Tudo			-
19/09	Terça	ATES	Tudo			-
20/09	Quarta	07:00	11:24	13:00	17:24	ANA PAULA RODS
21/09	Quinta	ATES	Tudo			-
22/09	Sexta	ATES	Tudo			-
23/09	Sábado	-				-
24/09	Domingo	-				-
25/09	Segunda	ATES	Tudo			-

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

Campos
 Anexo Monteiro Lobato
 Maria Lúcia de Carvalho Campos
 Vice-Diretora
 Matr. 01202860
 Matr. 21202860





Prefeitura Municipal de Contagem
Secretaria Municipal de Saúde
ATESTADO

Atesto que o(a) Sr(a) Ana Paula Rodrigues

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 valido 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 (Dis) dias, a partir de 15/09/17 por motivo de doença CID. 10 F 33 (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 _____ 01 (Dis) dias, apartir de 15/09/17

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

CELESTIA DINIZ

UNIDADE DE SAÚDE

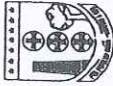
DATA

15/09/17

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

Dr. Akamir Mendes Rabelo
CRM-MG 16010

112 415



Prefeitura Municipal de Contagem
Secretaria Municipal de Saúde
ATESTADO



Atesto que o(a) Sr(a) Dora Ruda Rodrigues
 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 04/09/17 por motivo de doença CID. 10 A04 (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
CONTAGEM

DATA
04/09/17

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL
Dr. André Mendes Horra
CFM 28888

SMS-A11

Atestado Médico

Atesto para os devidos fins que, o (a)

Sr(a) ANA PAULA RODRIGUES

está sob meus cuidados médicos e necessita de 2 dia(s) de afastamento de suas atividades profissionais.

CID: J01

Belo Horizonte, 18/09/2017



