

173-415


Recibo de Pagamento de Salário


Empresa : 0042-ASSOCIAÇÃO DOS SURDOS DE CONTAGEM
 Endereço : RUA RISO DO PRADO - 198
 Nome : JENNY MARIANO DE SOUZA
 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	76,80
501	INSS	8,00		
990	SALARIO FAMILIA	3,00	93,21	

Certificamos que o
 Material
 Serviço
 deste documento foi recebido e conferido.


 Assinatura
MG16306955
 Matrícula


 Assinatura
MG16220452
 Matrícula

Salário Base	960,00	Base INSS	960,00	Base FGTS	960,00	FGTS Mês	76,80
Salário IRRF	0,00	Base IRRF	314,43	Salário Líquido	976,41		

 Data

 Assinatura

Recibo de Pagamento de Salário

Empresa : 0042-ASSOCIAÇÃO DOS SURDOS DE CONTAGEM
 Endereço : RUA RISO DO PRADO - 198
 Nome : JENNY MARIANO DE SOUZA
 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	76,80
501	INSS	8,00		
990	SALARIO FAMILIA	3,00	93,21	

Salário Base	960,00	Base INSS	960,00	Base FGTS	960,00	FGTS Mês	76,80
Salário IRRF	0,00	Base IRRF	314,43	Salário Líquido	976,41		

 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:	0094 / 018 / 00064718-1

Nome destinatário:	JENNY MARIANO DE SOUZA
Valor:	R\$ 976,41
Identificação da operação:	PAGTO SALARI REF SET/2017

Data de débito:	02/10/2017
Data/hora da operação:	02/10/2017 13:45:12

Código da operação:	00742514
Chave de segurança:	KHJ2U4W0F7F8H3TM

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

175 - 415

Processado por: VENUS CONTABILIDADE E PLANEJAMENTO TRIBUTARIO

Folha Individual de Ponto

Folha : 1

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

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

Código : 00210 - JENNY MARIANO DE SOUZA
 Função : CUIDADOR
 Setor :

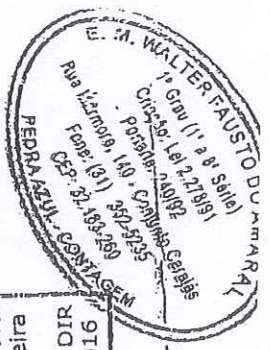
Horário : 07:00 11:24 / 13:00 17:24
 Comp. : 26/08/2017 A 25/09/2017
 C.Custo :

Dia	Dia da Semana	Intervalo		Hora Extra		Assinatura
		Entrada	Saída	Entrada	Saída	
26/08	Sábado					
27/08	Domingo					
28/08	Segunda	7:02	11:24	13:00	17:24	SPY
29/08	Terça	7:05	11:24	13:00	17:26	SPY
30/08	Quarta		F. R. C. D. O.			F. R. C. D. O.
31/08	Quinta	7:03	11:24	13:00	17:28	SPY
01/09	Sexta	7:01	11:24	13:00	17:25	SPY
02/09	Sábado					
03/09	Domingo					
04/09	Segunda	7:04	11:24	13:00	17:28	SPY
05/09	Terça	7:01	11:24	13:00	17:26	SPY
06/09	Quarta		Atestado			Atestado
07/09	Quinta		F. R. C. D. O.			F. R. C. D. O.
08/09	Sexta		Rec. SSO			Rec. SSO
09/09	Sábado					
10/09	Domingo					
11/08	Segunda	7:03	11:24	13:00	17:27	SPY
12/09	Terça	7:05	11:24	13:00	17:28	SPY
13/09	Quarta	7:01	11:24	13:00	17:25	SPY
14/09	Quinta	7:02	11:24	13:00	17:26	SPY
15/09	Sexta	7:04	11:24	13:00	17:29	SPY
16/09	Sábado					
17/09	Domingo					
18/09	Segunda	7:04	11:24	13:00	17:28	SPY
19/09	Terça	7:02	11:24	13:00	17:26	SPY
20/09	Quarta	7:05	11:24	13:00	17:27	SPY
21/09	Quinta	7:01	11:24	13:00	17:25	SPY
22/09	Sexta	7:03	11:24	13:00	17:24	SPY
23/08	Sábado					
24/09	Domingo					
25/09	Segunda	7:01	11:24	13:00	17:26	SPY

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

[Handwritten Signature]

E. M. Walter Fausto do Amaral
 Gilson Valtter Lúcio de Oliveira
 Diretor - 121432-9
 Aut. 083 / 2016 / SEDUC / DIR
 Ato Ad. 19043 - 23/12/2016



176 - 415



Prefeitura Municipal de Contagem
Secretaria Municipal de Saúde
ATESTADO



Atesto que o(a) Sr(a) Fanny Marinho de Souza

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 à 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 14 às 18 horas.

Necessita permanecer afastado do trabalho por 101 (101) dias, a partir de 06/09/17 por motivo de doença CID. 27.6.3 (a pedido do

paciente). ~~(Este atestado é válido por finalidades previstas no art. 143.8 1º do Decreto-2172 de 05/03/97 e Resolução CFM 190/84 e será expedido para justificar o afastamento do trabalho de 1ª 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 indevido.

UNIDADE DE SAÚDE _____

DATA

06/09/17

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

[Signature]

DATA 2004