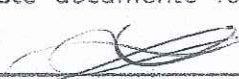





202

Recibo de Pagamento ( Folha de Pagamento )			Data e Assinatura / /			
Empregador ASSOCIACAO DOS SURDOS DE CONTAGE		CNPJ/CEI 26.047.928/0001-15		Admissão 19/06/2017	Competência Setembro de 2018	
Empregado 000348 MARIA MADALENA DE FREITAS		Cargo CUIDADOR			Lotação CUIDADORAS	
PIS 12083551666	Banco	Agência	Conta	Tipo de Conta		
Discriminação das Verbas						
Cod.	Descrição	Referência	Provento	Desconto		
007	Dissídio Mai/Jun/Jul/Ago		97,68			
011	Salário-Base	30 dia(s)	1.010,00			
310	INSS	8%		88,61		
320	Vale-Transporte	6%		60,60		
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p style="text-align: center;">Certificamos que o</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Material <input type="checkbox"/> Serviço</p> <p style="text-align: center;">deste documento foi recebido e conferido.</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;"> <div style="text-align: center;">             Assinatura         </div> <div style="text-align: center;">             Matrícula         </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;"> <div style="text-align: center;">             Assinatura         </div> <div style="text-align: center;">             Matrícula         </div> </div> </div>			Total de Proventos 1.107,68		Total de Descontos 149,21	
			Líquido a Receber 958,47			
Salário Contratual 1.010,00	Base de Cálculo do INSS 1.107,68	Base de Cálculo do FGTS 1.107,68	FGTS 88,61	FGTS Contribuição Social	Base de Cálculo do IRRF	

Recibo de Pagamento ( Folha de Pagamento )			Data e Assinatura / /			
Empregador ASSOCIACAO DOS SURDOS DE CONTAGE		CNPJ/CEI 26.047.928/0001-15		Admissão 19/06/2017	Competência Setembro de 2018	
Empregado 000348 MARIA MADALENA DE FREITAS		Cargo CUIDADOR			Lotação CUIDADORAS	
PIS 12083551666	Banco	Agência	Conta	Tipo de Conta		
Discriminação das Verbas						
Cod.	Descrição	Referência	Provento	Desconto		
007	Dissídio Mai/Jun/Jul/Ago		97,68			
011	Salário-Base	30 dia(s)	1.010,00			
310	INSS	8%		88,61		
320	Vale-Transporte	6%		60,60		
			Total de Proventos 1.107,68		Total de Descontos 149,21	
Líquido a Receber 958,47						
Salário Contratual 1.010,00	Base de Cálculo do INSS 1.107,68	Base de Cálculo do FGTS 1.107,68	FGTS 88,61	FGTS Contribuição Social	Base de Cálculo do IRRF	

293



**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>	2837 / 013 / 00018560-2

<b>Nome destinatário:</b>	MARIA MADALENA DE FREITAS
<b>Valor:</b>	R\$ 958,47
<b>Identificação da operação:</b>	PAG SAL SET 2018

<b>Data de débito:</b>	05/10/2018
<b>Data/hora da operação:</b>	05/10/2018 14:28:44

<b>Código da operação:</b>	00612182
<b>Chave de segurança:</b>	J21ZZ1NT8QLHU9UZ

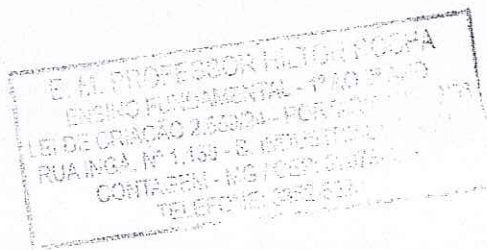
DEBITO REALIZADO COM SUCESSO. A PREVISAO DO CREDITO NA CONTA DESTINO E DE 30 MINUTOS.

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
 Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
 Ouvidoria: 0800 725 7474  
 Help Desk CAIXA: 0800 726 0104




## CONTROLE DE FREQUÊNCIA

Empregador: ASSOCIACAO DOS SURDOS DE CONTAGEM ASSOCIAÇÃO DOS SURDOS					CNPJ/CEI: 26.047.928/0001-15		
Endereço: RUA RISO DO PRADO, 198					Período: De 26/08/2018 a 25/09/2018		
Atividade:					Lotação: 002 CUIDADORAS		
Empregado: 000348 MARIA MADALENA DE FREITAS				Cargo: CUIDADOR		CTPS: 00000005635/00002	
				Prorrogação			
Dia	E1	S1	E2	S2	E	S	Assinatura/Justificativa
26							
27	7:00	11:26	13:00	17:25			Maria Madalena de Freitas
28	7:00	11:24	13:01	17:26			Maria Madalena de Freitas
29	7:02	11:25	13:00	17:25			Maria Madalena de Freitas
30	7:00	11:26	13:00	17:26			Maria Madalena de Freitas
31	7:02	11:25	13:02	17:26			Maria Madalena de Freitas
02							
03	7:01	11:25	13:00	17:26			Maria Madalena de Freitas
04	7:00	11:26	13:02	17:25			Maria Madalena de Freitas
05	7:02	11:25	13:00	17:26			Maria Madalena de Freitas
06	7:00	11:26	13:01	17:25			Maria Madalena de Freitas
07							
08							
09							
10							
11							
12							
13	7:01	11:25	13:00	17:25			Maria Madalena de Freitas
14	7:00	11:25	13:00	17:26			Maria Madalena de Freitas
15							
16							
17	7:00	11:25	13:02	17:26			Maria Madalena de Freitas
18	7:01	11:26	13:00	17:25			Maria Madalena de Freitas
19	7:02	11:25	13:01	17:28			Maria Madalena de Freitas
20	7:01	11:26	13:00	17:25			Maria Madalena de Freitas
21	7:00	11:25	13:02	ASSOCIACÃO			Maria Madalena de Freitas
22							
23							
24	7:00	11:25	13:02	17:24			Maria Madalena de Freitas
25	ASSOCIACÃO		13:00	17:25			Maria Madalena de Freitas

Maria Madalena de Freitas  
Assinatura do Empregado



E. M. PROFESSOR HILTON ROCHA  
RICHARD COELHO  
DIRETOR DE ESCOLA MUNICIPAL MAT. 127.741-0

 PREFEITURA DE BETIM	ATESTADO	 SUS
Atesto que o(a) Sr(a) <u>Maria Madalena de</u> Portador da Carteira Profissional nº _____ <u>Frente</u> e Carteira de Identidade nº _____		
<input type="checkbox"/> 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 médico admissional, demissional ou periódico para fins da legislação de segurança e saúde do trabalhador, vide portaria nº 24 de 29/12/94 do Ministério do Trabalho).		
<input type="checkbox"/> Compareceu nesta data para consulta / exame, tendo permanecido nesta unidade no período de _____ às _____ horas.		
<input checked="" type="checkbox"/> Necessita permanecer afastado do trabalho por <u>03 (Três)</u> dias, a partir de <u>10/10/18</u> por motivo de doença CID: <u>J30.4</u> (a pedido do cliente). (Este atestado é válido para 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)		
<input type="checkbox"/> Deverá afastar-se do trabalho no período de _____ (_____) dias, a partir de ____/____/____ conforme o disposto no inciso XVII, art. 7º, capítulo II, título II da Constituição Federal de 05/10/1988. (Licença Maternidade).		
<b>OBS: Este atestado perderá o valor em caso de rasura e de preenchimento de mais de um campo.</b>		
UNIDADE DE SAÚDE: _____		
DATA: <u>10/10/2018</u>	 ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL	
IMPRESSO GRÁFICA - BEADYPMO R. Jovelino G. Leite Silva 226 Betim - MG - CEP 01.100-10 Tel: (47) 3333-1111		