
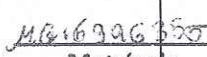
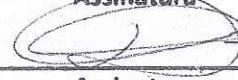



125

Recibo de Pagamento ( Folha de Pagamento )				Data e Assinatura	
Empregador ASSOCIACAO DOS SURDOS DE CONTAGE		CNPJ/CEI 26.047.928/0001-15	Admissão 19/02/2018	Competência Agosto de 2018	
Empregado 000411 ANIELE DA SILVA GONCALVES		Cargo CUIDADOR		Lotação CUIDADORAS	
PIS 12794466498	Banco	Agência	Conta	Tipo de Conta	
Discriminação das Verbas					
Cod.	Descrição	Referência	Provento	Desconto	
010	Salário-Família	2 cota(s)	63,42		
011	Salário-Base	30 dia(s)	985,58		
310	INSS	8%		78,85	
320	Vale-Transporte	6%		59,13	
Certificamos que o <input type="checkbox"/> Material <input type="checkbox"/> Serviço deste documento foi recebido e conferido.					
 Assinatura		 Matrícula			
 Assinatura		 Matrícula			
			Total de Proventos 1.049,00	Total de Descontos 137,98	
					Líquido a Receber 911,02
Salário Contratual 985,58	Base de Cálculo do INSS 985,58	Base de Cálculo do FGTS 985,58	FGTS 78,85	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 19/02/2018	Competência Agosto de 2018	
Empregado 000411 ANIELE DA SILVA GONCALVES		Cargo CUIDADOR		Lotação CUIDADORAS	
PIS 12794466498	Banco	Agência	Conta	Tipo de Conta	
Discriminação das Verbas					
Cod.	Descrição	Referência	Provento	Desconto	
010	Salário-Família	2 cota(s)	63,42		
011	Salário-Base	30 dia(s)	985,58		
310	INSS	8%		78,85	
320	Vale-Transporte	6%		59,13	
			Total de Proventos 1.049,00	Total de Descontos 137,98	
					Líquido a Receber 911,02
Salário Contratual 985,58	Base de Cálculo do INSS 985,58	Base de Cálculo do FGTS 985,58	FGTS 78,85	FGTS Contribuição Social	Base de Cálculo do IRRF

26

**TEV Enviada**

Via Internet Banking CAIXA

**Conta origem:** 0893 / 003 / 00004717-2**Conta destino:** 1529 / 013 / 00002356-7**Nome destinatário:** ANIELE DA SILVA GONCALVES**Quantidade de vezes:****Valor:** R\$ 911,02**Data de débito:** 06/09/2018**Data/hora da operação:** 06/09/2018 15:09:40**Código da operação:** 855174**Chave de segurança:** 00QC9JVKU3FT9PYK**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Help Desk CAIXA: 0800 726 0104







130

EQUIPE 10  
PSF Vila Soledade

Prefeitura Municipal de Contagem  
Secretaria Municipal de Saúde  
ATESTADO

Alexsandro de S. Silva, portador da Carteira de Identidade nº \_\_\_\_\_ da Câmara Profissional 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 doença física ou neuropsiquiátrica. (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 \_\_\_\_\_ horas.

necessita permanecer afastado do trabalho por \_\_\_\_\_ dias, a partir de \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, por motivo de doença CID \_\_\_\_\_ (a medida do paciente). (Este atestado é válido para mandados previstos no art. 148 A P do Decreto 21.12 de 05/04/97 e Resolução CRY 1.190/84 e será expedido para justificar o afastamento do trabalho de \_\_\_\_\_ dias).

Deverá afastar-se do trabalho no período de \_\_\_\_\_ dias, a partir de \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, conforme disposto no art. 90, VII, da Constituição Federal de 05/10/88 (Férias Maternidade).

OBS: este atestado não dá direito a indenização e ao recebimento de mal de Jim.

EMPRESA DE SAÚDE

EMPRESA DE SAÚDE

EMPRESA DE SAÚDE

EQUIPE 10

DSE Vila Solidária II



Pratitória Municipal de Contagem  
Secretaria Municipal de Saúde  
ATESTADO

Atesto que o(a) Sr(a) Anielle de Sales Mendes portador da  
Carteira Profissional nº \_\_\_\_\_ e Carteira de Identidade nº \_\_\_\_\_

ao apresentar ao exame clínico de rotina realizado nesta data, sinais de doenças infecciosas, contageiras, de alterações evidentes de órgãos dos sentidos ou sinais de contaminação tóxica. Durante a entrevista não evidenciou sinais de déficit da doença neuropsiquiátrica. (Este atestado não é válido como exame admissional, demissional ou periódico para fins de legislação a saúde do trabalhador vide portaria nº 24 de 29/11/94 do Ministério do Trabalho).  
Compareceu nesta data para consulta / exame, tendo permanecido na unidade no período de 07 às 13 horas.

Necessita permanecer afastado do trabalho por \_\_\_\_\_ dias, a partir de \_\_\_\_\_ por motivo de doença CID \_\_\_\_\_ (paciente). (Este atestado é válido para finalidades previstas no art. 113, § 1º do Decreto 2172 de 09/03/97 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 VIII, art. 2º, parágrafo 1º do Título II da Constituição Federal de 1988/88 (Licença Médica).

Obs.: Este atestado poderá ser utilizado para fins de prorrogação de mais de um campo.

Assinatura do(a) profissional responsável: \_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) paciente: \_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) médico(a): \_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) enfermeiro(a): \_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) psicólogo(a): \_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) fonoaudiólogo(a): \_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) fisioterapeuta: \_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) nutricionista: \_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) dentista: \_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) farmacêutico(a): \_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) agente de saúde: \_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) técnico(a) de enfermagem: \_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) técnico(a) de radiologia: \_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) técnico(a) de laboratório: \_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) técnico(a) de apoio: \_\_\_\_\_