

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	906,73
Líquido a Receber		906,73									
Total de Descontos		78,85									
Total de Proventos		985,58									
Cod.	011	Salário-Base	INSS	310	Referência	30 dia(s)	8%	Provento	985,58	Desconto	78,85
Recibo de Pagamento (Folha de Pagamento)											
Empregador		ASSOCIACAO DOS SURDOS DE CONTAGE									
Empregado		000319 CONSTANTINA TEODORA DA SILVA									
PIS		10806197878									
Banco											
Agência											
Conta											
Tipo de Conta		CUIDADORAS									
CNPJ/CEI		26.047.928/0001-15									
Admissão		19/06/2017									
Competência		Agosto de 2018									
Data e Assinatura											

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	906,73
Líquido a Receber		906,73									
Total de Descontos		78,85									
Total de Proventos		985,58									
Cod.	011	Salário-Base	INSS	310	Referência	30 dia(s)	8%	Provento	985,58	Desconto	78,85
Recibo de Pagamento (Folha de Pagamento)											
Empregador		ASSOCIACAO DOS SURDOS DE CONTAGE									
Empregado		000319 CONSTANTINA TEODORA DA SILVA									
PIS		10806197878									
Banco											
Agência											
Conta											
Tipo de Conta		CUIDADORAS									
CNPJ/CEI		26.047.928/0001-15									
Admissão		19/06/2017									
Competência		Agosto de 2018									
Data e Assinatura											
<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</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Serviço</p> <p style="text-align: center;">deste documento foi recebido e conferido.</p> <p style="text-align: center;">Assinatura <u>Maria B. 396.375</u> Matrícula</p> <p style="text-align: center;">Assinatura <u>Maria B. 396.375</u> Matrícula</p> </div>											

142

143



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:	0893 / 013 / 00080498-1

Nome destinatário:	CONSTATINA TEODORA DA SILVA
Valor:	R\$ 906,73
Identificação da operação:	PAG SAL AGO 2018

Data de débito:	06/09/2018
Data/hora da operação:	06/09/2018 14:52:28

Código da operação:	00873018
Chave de segurança:	ESHLLA0L8HLL1H5VJC

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: ASSOCIAÇÃO DOS SURDOS DE CONTAGEM ASSOCIAÇÃO DOS SURDOS | CNPJ/CEI: 26.047.928/0001-15
 Endereço: RUA RISO DO PRADO, 198
 Atividade: 000319 CONSTANTINA TEODORA DA SILVA
 Empregado: 000319 CONSTANTINA TEODORA DA SILVA
 Cargo: CUIDADOR
 CTPS: 00000070723/00502

Dia	E1	S1	E2	S2	E	S	Assinatura/Justificativa	Prorrogação	
26	Recesso								
27	Recesso								
28									
29									
30	7:38	11:24	13:05				Constantina Teodora da Silva		
31									
01									
02	7:22	11:24	13:01	13:55			Constantina Teodora da Silva		
03	7:29	11:24	13:01	13:54			Constantina Teodora da Silva		
04									
05									
06	7:26	11:22	13:03	13:53			Constantina Teodora da Silva		
07	7:29	11:24	13:02	13:54			Constantina Teodora da Silva		
08	7:22	11:22	13:05	13:56			Constantina Teodora da Silva		
09	7:25	11:25	13:05	13:55			Constantina Teodora da Silva		
10	7:26	11:22	13:04	13:53			Constantina Teodora da Silva		
11									
12									
13	7:30	11:27	13:01	13:56			Constantina Teodora da Silva		
14	7:27	11:24	13:04	13:54			Constantina Teodora da Silva		
15	7:25	11:25	13:02	13:53			Constantina Teodora da Silva		
16	7:29	11:22	13:01	13:55			Constantina Teodora da Silva		
17	7:28	11:26	13:05	13:55			Constantina Teodora da Silva		
18									
19									
20	7:00	11:26	13:02	13:56			Constantina Teodora da Silva		
21	7:01	11:24	13:04	13:57			Constantina Teodora da Silva		
22	7:05	11:25	13:01	13:55			Constantina Teodora da Silva		
23	7:03	11:27	13:05	13:54			Constantina Teodora da Silva		
24	7:04	11:26	13:05	13:56			Constantina Teodora da Silva		
25									

Assinatura do Empregado
 Constantina Teodora da Silva

1944
 8-55878-8 - *Constantina*



Prefeitura Municipal de Contagem
Secretaria Municipal de Saúde



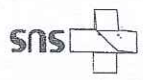
143

Atesto que o(a) Sr(a) <u>Carla Regina R. Silva</u>	
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).	
<input checked="" type="checkbox"/> Compareceu nesta data para consulta / exame, tendo permanecido na unidade no período de <u>12</u> horas.	
<input type="checkbox"/> 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 <u>12/07/12</u>	ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL <u>[Assinatura]</u>

SMS-A11



Prefeitura Municipal de Contagem
Secretaria Municipal de Saúde



146

Atesto que o(a) Sr(a) Carolina Rodas de Silva 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 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 13 as 15 horas. PT TB Fisiopatológico.

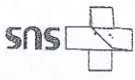
Necessita permanecer afastado do trabalho por _____ () dias, a partir de _____ / _____ / _____ por motivo de doença CID. _____ (a pedido do paciente). (Este atestado é válido p/ finalidades previstas no art. 143 § 1º do Decreto 2172 de 05/03/97 e Resolução CFM 1190/84 e será expedido para justificar 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

UNIDADE DE SAÚDE _____

DATA 21/03/18 ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL DE ATENDIMENTO
Carolina Rodas de Silva
 CRM 39948



197

Ateste que o(a) Sr(a) Carla Regina Rodas de Silva 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 3 horas 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).

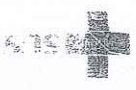
OBS.: Este atestado perderá o valor em caso de rasura e de preenchimento de mais de um campo.

UNIDADE DE SAÚDE _____

DATA 02/08/18 ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL _____

SMS-A11

Carla Regina Rodas de Silva
CNPJ nº 08.110.399/08



198

Atesto que o(a) Sr(a) Constância Roberto de Silva

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 comparecido na unidade no período de _____ as _____ horas.

Necessita permanecer afastado do trabalho por 02 dias (a partir de _____) dias, a partir de 31/07/18 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 31/07/18

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL _____

SMS-A11



Prefeitura Municipal de Contagem
Secretaria Municipal de Saúde



ATESTADO

Atesto que o(a) Sr(a) Carolina Rodas de Silva 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 nº24 de 29/12/94 do Ministério do Trabalho).

Compareceu nesta data para consulta / exame, tendo permanecido na unidade no período de 13 às 15 horas. pl tb psicoterapia

Necessita permanecer afastado do trabalho por _____ (a pedido do paciente) 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, apartir 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

UNIDADE DE SAÚDE _____

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL DE ATENDIMENTO _____
 Vívianne Carolina de Araújo
 Enfermeira
 CRM nº 39945

DATA 21/09/13 SMS-A11

190