



219

Recibo de Pagamento (Folha de Pagamento)		Data e Assinatura			
Empreendedor ASSOCIACAO DOS SURDOS DE CONTAGE		CNPJ/CEI 26.047.928/0001-15		Admissão 19/06/2017	Competência Agosto de 2018
Empregado 000333 GISELE MARIA DE SALES		Cargo CUIDADOR			Lotação CUIDADORAS
PIS 12693853097	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	
<p>Certificamos que o</p> <input type="checkbox"/> Material <input type="checkbox"/> Serviço deste documento foi recebido e conferido.					
<p>Assinatura</p> 		<p>1815396335</p> <p>Matrícula</p>			
<p>Assinatura</p> 		<p>181620045</p> <p>Matrícula</p>			
			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			
Empreendedor ASSOCIACAO DOS SURDOS DE CONTAGE		CNPJ/CEI 26.047.928/0001-15		Admissão 19/06/2017	Competência Agosto de 2018
Empregado 000333 GISELE MARIA DE SALES		Cargo CUIDADOR			Lotação CUIDADORAS
PIS 12693853097	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

220

**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 / 00070046-9

Nome destinatário:	GISELE MARIA DE SALES
Valor:	R\$ 911,02
Identificação da operação:	PAG SAL AGO 2018

Data de débito:	06/09/2018
Data/hora da operação:	06/09/2018 15:08:06

Código da operação:	00890720
Chave de segurança:	9HNZXFU4AR56F0TL

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 E
 Endereço: RUA RISO DO PRADO 198
 Atividade:
 CNPJ/CEI: 26.047.928/0001-15
 Período: De 26/07/2018 a 25/08/2018
 Lotação: 002 CUIDADORAS
 Empregado: 000333 GISELE MARIA DE SALES
 Cargo: CUIDADOR
 CTPS: 00000041913/00092

Dia					Prorrogação		Assinatura/Justificativa
	E1	S1	E2	S2	E	S	
26	Recesso						
27	Recesso						
28	---	---	---	---			Sábado
29	---	---	---	---			Domingo
30	07:00	11:30					Gisele Maria de Sales
31	06:48	11:20					Gisele Maria de Sales
01	07:02	11:35					Gisele Maria de Sales
02	06:58	11:25					Gisele Maria de Sales
03	07:00	11:30					Gisele Maria de Sales
04	---	---	---	---			Sábado
05	---	---	---	---			Domingo
06	07:02	11:20					Gisele Maria de Sales
07	06:59	11:30					Gisele Maria de Sales
08	07:00	11:25					Gisele Maria de Sales
09	06:48	11:30					Gisele Maria de Sales
10	07:01	11:20					Gisele Maria de Sales
11	---	---	---	---			Sábado
12	---	---	---	---			Domingo
13	06:58	11:35					Gisele Maria de Sales
14	07:00	11:40					Gisele Maria de Sales
15	06:48	11:30					Gisele Maria de Sales
16	07:00	11:25					Gisele Maria de Sales
17	06:50	11:35					Gisele Maria de Sales
18	---	---	---	---			Sábado
19	---	---	---	---			Domingo
20	07:00	11:20					Gisele Maria de Sales
21	06:48	11:30					Gisele Maria de Sales
22	07:01	11:19					Gisele Maria de Sales
23	06:58	11:25					Gisele Maria de Sales
24	07:04	11:30					Gisele Maria de Sales
25	---	---	---	---			Sábado

Gisele Maria de Sales
 Assinatura do Empregado

E.M. GIOVANINI CHIODI
 Joel Lucas de Souza
 Diretor - Matr.: 01397385
 Ato Adm. 19565 Pub. Doc. 20/03/2017

CONTROLE DE FREQUENCIA

Associação: ASSOCIAÇÃO DOS SORDOS DE CONTAGEM ASSOCIAÇÃO DOS SURDOS
 Endereço: RUA RODO DO PRADO, 190
 Cidade: LINDO OESTE/MG
 Estado: MG
 Município: LINDO OESTE/MG
 Unidade: LINDO OESTE/MG

Dia	Período				Frequência		Assinatura
	E1	S1	E2	S2	F	S	
01							
02							
03							
04			12:48	17:25			
05			12:58	17:30			
06			13:00	17:15			
07			12:46	17:30			
08			12:00	17:30			
09							
10			12:50	17:19			
11			12:00	17:30			
12			12:55	17:35			
13			13:00	17:30			
14			12:49	17:30			
15							
16			12:00	17:25			
17			12:48	17:35			
18			12:58	17:30			
19			13:00	17:30			
20			12:48	17:30			
21							
22			12:00	17:24			
23			12:58	17:30			
24			12:40	17:30			
25			12:00	17:15			
26			12:55	17:30			

Assinatura do Responsável
 Assinatura do Aluno

Assinatura do Aluno
 Assinatura do Responsável

[Handwritten Signature]
 Assinatura do Aluno



Prefeitura Municipal de Contagem
Secretaria Municipal de Saúde
ATESTADO



223

Scanned by CamScanner

Atesto que o(a) Sr(a) Gisele Maria Sales
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 07 (sete) dias, a partir de 25/08/18 por motivo de doença CID: J110 (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 CLIA VARGEM DAS FLORES
Av. Retiro dos Imigrantes, 80
Barro Preto, Contagem - MG
3071-227 / 3352-5111

DATA 25/08/18 ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL _____