
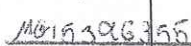




296

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 Agosto de 2018
Empregado 000358 MARIA SOCORRO DE SOUSA			Cargo CUIDADOR	Lotação CUIDADORAS	
PIS 12953839137	Banco	Agência	Conta	Tipo de Conta	
Discriminação das Verbas					
Cod.	Descrição	Referência	Provento	Desconto	
011	Salário-Base	30 dia(s)	985,58		
310	INSS	8%		78,85	
320	Vale-Transporte	6%		59,13	
<p align="center">Certificamos que o</p> <p align="center"><input type="checkbox"/> Material</p> <p align="center"><input type="checkbox"/> Serviço</p> <p align="center">deste documento foi recebido e conferido.</p>					
 Assinatura		 Matrícula			
 Assinatura		 Matrícula			
			Total de Proventos 985,58	Total de Descontos 137,98	
				Líquido a Receber 847,60	
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 19/06/2017	Competência Agosto de 2018
Empregado 000358 MARIA SOCORRO DE SOUSA			Cargo CUIDADOR	Lotação CUIDADORAS	
PIS 12953839137	Banco	Agência	Conta	Tipo de Conta	
Discriminação das Verbas					
Cod.	Descrição	Referência	Provento	Desconto	
011	Salário-Base	30 dia(s)	985,58		
310	INSS	8%		78,85	
320	Vale-Transporte	6%		59,13	
			Total de Proventos 985,58	Total de Descontos 137,98	
				Líquido a Receber 847,60	
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

297

**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:	2427 / 023 / 00008247-0

Nome destinatário:	MARIA SOCORRO DE SOUSA
Valor:	R\$ 847,60
Identificação da operação:	PAG SAL AGO 2018

Data de débito:	06/09/2018
Data/hora da operação:	06/09/2018 15:40:10

Código da operação:	00926952
Chave de segurança:	WGUNQATH5Z0YSGGW

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 D
 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: 000358 MARIA SOCORRO DE SOUSA
 Cargo: CUIDADOR
 CTPS: 00000054589/00048

Dia	E1	S1	E2	S2	Prorrogação		Assinatura/Justificativa
					E	S	
26	07.01	11.25	13.00	17.24			Maria A Souza
27	07.02	11.24	13.02	17.26			Maria A Souza
28	---	---	---	---			Sábado
29	---	---	---	---			Domingo
30	07.00	11.24	13.00	17.26			Maria A Souza
31	07.01	11.26	13.00	17.25			Maria A Souza
01	07.02	11.24	13.02	17.24			Maria A Souza
02	07.00	11.25	13.02	17.25			Maria A Souza
03	07.01	11.24	Atestado				Maria A Souza
04	---	---	---	---			Sábado
05	---	---	---	---			Domingo
06	07.01	11.26	13.00	17.26			Maria Souza
07	07.02	11.24	13.01	17.25			Maria A Souza
08	07.00	11.24	13.02	17.24			Maria A Souza
09	07.00	11.27	13.00	17.24			Maria A Souza
10	Licença Médica						
11	---	---	---	---			Sábado
12	---	---	---	---			Domingo
13	---	---	---	---			Sábado
14	---	---	---	---			Domingo
15	---	---	---	---			Sábado
16	---	---	---	---			Domingo
17	---	---	---	---			Sábado
18	---	---	---	---			Domingo
19	---	---	---	---			Sábado
20	---	---	---	---			Domingo
21	---	---	---	---			Sábado
22	---	---	---	---			Domingo
23	---	---	---	---			Sábado
24	Licença Médica						
25	---	---	---	---			Sábado

[Assinatura]
 CEMEJ - BOM JESUS ROSA TEOBALDO
 Assinatura do Empregado
 Maria Mara-Neiva de Souza
 Diretora de Esc. MUn. - Mat. 01276340
 Aut. 084 / 2016 / SEDUC / DIR
 Ato 17211 - 21/01/2016

CEMEJ BOM JESUS
 ROSA TEOBALDO
 Rua do Melão, 35
 Dom Jesus
 Contagem MG
 Tel: 3913-5008
 CNPJ: 11.395.049/0001-07





Prefeitura Municipal de Contagem
Secretaria Municipal de Saúde
ATESTADO



Atesto que o(a) Sr(a) Dona Socorro 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 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 01 (um) dias, a partir de 03/08/98 por motivo de doença CID. I40 B49 (a pedido do paciente). (Este atestado é válido para finalidades previstas no art. 1438 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 _____ / _____ / _____

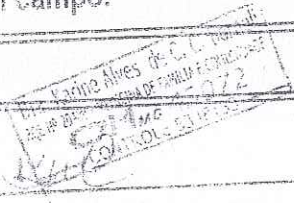
conforme o dispositivo no inciso XVII, art. 7º, capítulo II, título II da Constituição Federal de 05/10/88. (Licença - Maternidade).

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

UNIDADE DE SAÚDE

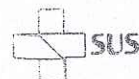
DATA
03/08/98

SINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL





Prefeitura Municipal de Contagem
Secretaria Municipal de Saúde
ATESTADO



Atesto que o(a) Sr(a): Maria Aparecida 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 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 15 (quinze) dias, a partir de 10/08/10 por motivo de doença CID. F00.2 (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 _____ a _____ 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	ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL
	 Dr. Elaine Alves de A. C. Bornelli RDC Nº 1008 - MEDICINA DE FAMILIA E COMUNIDADE CRP Nº 43072 CONTROL Nº 5248153