
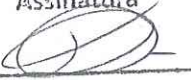


Recibo de Pagamento (Folha de Pagamento)		Data e Assinatura		
Empregador ASSOCIACAO DOS SURDOS DE CONTAGE		CNPJ/CEI 26.047.928/0001-15	Admissão 04/09/2017	Competência Maio de 2018
Empregado 000390 GILCIANE EVELYN DE OLIVEIRA CUNHA		Cargo CUIDADOR		Lotação CUIDADORAS
PIS 12646814110	Banco	Agência	Conta	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>Certificamos que o</p> <p><input type="checkbox"/> Material</p> <p><input type="checkbox"/> Serviço</p> <p>deste documento foi recebido e conferido.</p> <p> _____ Assinatura</p> <p> _____ Assinatura</p> <p><u>MG15396311</u> Matrícula</p> <p><u>MG16220452</u> Matrícula</p>			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 04/09/2017	Competência Maio de 2018
Empregado 000390 GILCIANE EVELYN DE OLIVEIRA CUNHA		Cargo CUIDADOR		Lotação CUIDADORAS
PIS 12646814110	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

**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:	1426 / 013 / 00001784-2

Nome destinatário:	GILCIANE EVELYN DE O CUNHA
Valor:	R\$ 847,60
Identificação da operação:	PAG SAL MAIO 2018

Data de débito:	06/06/2018
Data/hora da operação:	06/06/2018 14:17:16

Código da operação:	00579783
Chave de segurança:	6CUYHL7JEUNRJVMV

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 26/04/2018 a 25/05/2018
Atividade:		Lotação: 002 CUIDADORAS
Empregado: 000390 GILCIANE EVELYN DE OLIVEIRA CUNHA	Cargo: CUIDADOR	CTPS: 00005218642/00040

Dia	E1	S1	E2	S2	Prorrogação		Assinatura/Justificativa
					E	S	
26-qui	07:02	11:26	13:00	17:24			Gilciane
27-sex	07:00	11:24	13:05	17:29			Gilciane
28-sáb	----	----	----	----			Sábado
29-dom	----	----	----	----			Domingo
30-seg	Recesso						Recesso
01-ter	----	----	----	----			Feriado - Dia do Trabalhador
02-qua	07:05	11:29	13:02	17:26			Gilciane
03-qui	07:00	11:24	13:05	17:29			Gilciane
04-sex	07:02	11:26	13:02	17:26			Gilciane
05-sáb	----	----	----	----			Sábado
06-dom	----	----	----	----			Domingo
07-seg	07:00	11:24	13:05	17:29			Gilciane
08-ter	07:02	11:26	13:00	17:24			Gilciane
09-qua	07:05	11:29	13:02	17:26			Gilciane
10-qui	07:00	11:24	13:00	17:24			Gilciane
11-sex	07:02	11:26	13:05	17:29			Gilciane
12-sáb	----	----	----	----			Sábado
13-dom	----	----	----	----			Domingo
14-seg	07:05	11:29	13:04	17:28			Gilciane
15-ter	07:00	11:24	13:00	17:24			Gilciane
16-qua	07:02	11:26	13:05	17:29			Gilciane
17-qui	07:04	11:28	13:10	17:34			Gilciane
18-sex	07:00	11:24	13:00	17:24			Gilciane
19-sáb	----	----	----	----			Sábado
20-dom	----	----	----	----			Domingo
21-seg	Atestado				-	-	Atestado
22-ter	07:00	11:24	13:05	17:29			Gilciane
23-qua	Atestado				-	-	Atestado
24-qui	07:02	11:26	13:02	17:26			Gilciane
25-sex	Paralisação dos Cominhoeiros.						

Gilciane
Assinatura do Empregado

Irisval Ap. Neto
Irisval Ap. Neto
Monitoramento SEDUC
Matrícula: 01488429



PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE

ATESTADO MÉDICO / ODONTOLÓGICO

ATESTO QUE O(A) SR(A) Gilciane Evelyn de Oliveira

PORTADOR DA CARTEIRA PROFISSIONAL Nº _____

E CARTEIRA DE IDENTIDADE Nº MG 10439087

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 - PSQUIÁTRICA. (ESTE ATESTADO NÃO É VÁLIDO COMO EXAME MÉDICO ADMISSIONAL, OU PERIÓDICO PARA FINS DA LEGISLAÇÃO DE SEGURANÇA E SAÚDE DO TRABALHADOR, VIDE PORTARIA Nº 24 DE 29/12/94 DO MINISTÉRIO DO TRABALHO).

NECESSITA PERMANECER AFASTADO DO TRABALHO POR 1 DIAS, A PARTIR DE 23/05/18 POR MOTIVO DE DOENÇA CID. N300 (A PEDIDO DO PACIENTE OU RESPONSABIL LEGAL).

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 05/10/88 (LICENÇA - MATERNIDADE)

ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA FINALIDADES PREVISTAS NO DECRETO 3040 DE 06/05/1999 DA REGULAMENTAÇÃO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL, NA RESOLUÇÃO CFM 1658/2002 E NA LEI Nº 5081 DE 24/08/1966 QUE REGULA O EXERCÍCIO DA ODONTOLOGIA NO BRASIL, ALTERADA NA LEI 6215 DE 30/06/1975.

ESTE ATESTADO PERDERÁ O VALOR EM CASO DE RASURA

UNIDADE DE SAÚDE

CS Emelinda

CARIMBO DO MÉDICO - CRM / ODONTÓLOGO - CRO

CS Emelinda
Dr. Alta Dushinka Shimokawa Soria
CRM MG 70609
CONTROLE 1903551

DATA

23/05/18



PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE

ATESTADO MÉDICO / ODONTOLÓGICO

ATESTO QUE O(A) SR(A) Silviane Evelyn de O. Cunha

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 - PSQUIÁTRICA. (ESTE ATESTADO NÃO É VÁLIDO COMO EXAME MÉDICO ADMISSIONAL, OU PERIÓDICO PARA FINS DA LEGISLAÇÃO DE SEGURANÇA E SAÚDE DO TRABALHADOR, VIDE PORTARIA Nº 24 DE 29/12/94 DO MINISTÉRIO DO TRABALHO).

NECESSITA PERMANECER AFASTADO DO TRABALHO POR 01 DIAS, A PARTIR DE 21/05/18 POR MOTIVO DE DOENÇA CID. M30 (A PEDIDO DO PACIENTE OU RESPONSABIL LEGAL).

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 05/10/88 (LICENÇA - MATERNIDADE)

ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA FINALIDADES PREVISTAS NO DECRETO 3040 DE 06/05/1999 DA REGULAMENTAÇÃO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL, NA RESOLUÇÃO CFM 1658/2002 E NA LEI Nº 5081 DE 24/08/1966 QUE REGULA O EXERCÍCIO DA ODONTOLOGIA NO BRASIL, ALTERADA NA LEI 6215 DE 30/06/1975.

ESTE ATESTADO PERDERÁ O VALOR EM CASO DE RASURA

UNIDADE DE SAÚDE

Emelinda

CARIMBO DO MÉDICO - CRM / ODONTÓLOGO - CRO

Emelinda
Dr. Bárbara Hinata Itonu
CRM MG 63308
CONTROLE 202311

DATA

21/05/18