

203

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 Outubro 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)	1.010,00			
310	INSS	8%		80,80		
320	Vale-Transporte	6%		60,60		
<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; text-align: center;"> <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> </div>			Total de Proventos		Total de Descontos	
			1.010,00		141,40	
Líquido a Receber			868,60			
Salário Contratual	Base de Cálculo do INSS	Base de Cálculo do FGTS	FGTS	FGTS Contribuição Social	Base de Cálculo do IRRF	
1.010,00	1.010,00	1.010,00	80,80			

Certificamos que o

Material

Serviço

deste documento foi recebido e conferido.

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 Outubro 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)	1.010,00			
310	INSS	8%		80,80		
320	Vale-Transporte	6%		60,60		
			Total de Proventos		Total de Descontos	
			1.010,00		141,40	
			Líquido a Receber			
			868,60			
Salário Contratual	Base de Cálculo do INSS	Base de Cálculo do FGTS	FGTS	FGTS Contribuição Social	Base de Cálculo do IRRF	
1.010,00	1.010,00	1.010,00	80,80			

204



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\$ 868,60
Identificação da operação:	PAG SAL OUT 2018

Data de débito:	06/11/2018
Data/hora da operação:	06/11/2018 15:40:09

Código da operação:	00246194
Chave de segurança:	GCKE57SK1GMQZVF6

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 26/09/2018 a 25/10/2018
 Lotação: 002 CUIDADORAS
 CTPS: 00005218642/00040

Empregado: 000390 GILCIANE EVELYN DE OLIVEIRA CUNHA Cargo: CUIDADOR

Dia	E1		S1		E2		S2		Prorrogação		Assinatura/Justificativa
									E	S	
26	07:00	11:24	13:05	17:29							Gilciane
27	07:01	11:25	13:00	17:24							Gilciane
28	07:02	11:26	13:01	17:25							Gilciane
29											
30											
01	07:02	11:26	13:00	17:24							Gilciane
02	07:00	11:24	13:01	17:25							Gilciane
03	07:01	11:25	13:02	17:26							Gilciane
04	07:03	11:27	13:01	17:25							Gilciane
05	07:01	11:25	13:00	17:24							Gilciane
06											
07											
08	07:00	11:24	13:01	17:25							Gilciane
09	07:02	11:26	13:00	17:24							Gilciane
10	07:01	11:25	13:02	17:26							Gilciane
11	07:03	11:27	13:01	17:25							Gilciane
12											
13											
14											
15	Formação Seduc										Formação Seduc
16	RECESSO ESCOLAR										
17											
18											
19											
20											
21											
22	FALTA										
23	Declaração Ausência										
24	07:00	11:24	13:04	17:28							Gilciane
25											Gilciane

Gilciane
 Assinatura do Empregado


 Escola Municipal Vasco Pinto da Fonseca
 Pedro Paulo Brundi Pereira Neto
 Diretor Escolar Matrícula: 17112-3

Escola Municipal "Vasco Pinto da Fonseca"
 Ensino Fundamental
 Lei de Criação - nº 2091/90
 Port. de A. nº 1598/98-MG - 31/07/90
 Port. de A. nº 603/95 - MG - 25/05/95
 Rua das Palmeiras, 1.500 - Jardim Eldorado
 CEP 32.310-400 - Fone: 3352-5236
 Contagem - MG

JUSTIÇA DE 1º INSTÂNCIA
COMARCA DE POMPÉU – SECRETARIA DA VARA ÚNICA

CERTIDÃO DE COMPARECIMENTO

CERTIFICO que o Sr. (a) Gilciane Evelyn de Oliveira
compareceu no Fórum local – Praça Governador Valadares, 64, às 15:00 horas, para
audiência tendo sido dispensado às 18:00 horas. NADA MAIS. DOU FE.
Dada e passada nesta cidade e Comarca de Pompéu - MG, aos 23/10 de 2018.

[Assinatura]
Secretaria do Juízo

SECRETARIA DO JUÍZO - VARA ÚNICA
FÓRUM - PÇA GOV. VALADARES, 64
POMPÉU - MG - CEP: 35.640-000
TELEFAX (37) 3523-1369 / 1329 / 2101

207



PREFEITURA
BELO HORIZONTE

ATESTADO PARA ABONO DE FALTA(S) AO TRABALHO

FUNDAMENTAÇÃO LEGAL DESTE ATESTADO:

Este atestado visa atender o que determina o Artigo 75 do Decreto No 3 048/99, que Aprova o Regulamento da Previdência Social, podendo ser emitido somente por médico (conforme estabelecem a Lei Nº 605/49 e a Resolução CFM Nº 1.851/08) ou cirurgião-dentista (conforme estabelecem a Lei Nº 5.081/66 e a Resolução CFO Nº 87/09), bem como as leis similares dos regimes estatutários dos servidores públicos e será expedido para justificar o afastamento do trabalho de 1 a 15 dias. Quando a incapacidade ultrapassar quinze dias consecutivos o paciente deverá ser encaminhado à instituição da previdência social a que estiver filiado.

Unidade de Saúde: C.S. ERMELINDA

Atesto que Gilciane Evelyn de Oliveira Cunha, CNS nº 898003880609987 e Carteira de Identidade nº 1.0439087, necessita permanecer afastado(a) do trabalho por 1 (um dia), a partir de 25/10/2020 por motivo de doença, conforme por mim registrado em seu prontuário.
CID-10: N921
N921 Menstruação excessiva e freqüente com ciclo irregular

Dr. Talita Mota Gonçalves
CRM-MG 74900

Belo Horizonte, 25 de outubro de 2018

Dr(a) Talita Mota Gonçalves
CRM-MG: 74900 / CNS: 700504705334957
CLÍNICA MÉDICA (MEDICINA INTERNA)

AUTORIZAÇÃO

Autorizo o(a) Dr(a) Talita Mota Gonçalves a registrar o diagnóstico por extenso e/ou codificado pelo CID-10 neste atestado para abono de falta(s) ao trabalho.

Assinatura do Paciente ou Responsável

Data de atendimento: 25/10/2018
Data de impressão: 25/10/2018 - 14:25
Impresso por: Talita Mota Gonçalves