



219

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 Novembro de 2018	
Empregado 000324 EDNA PEREIRA GOMES		Cargo CUIDADOR		Lotação CUIDADORAS	
PIS 12446191616	Banco	Agência	Conta	Tipo de Conta	
Discriminação das Verbas					
Cod.	Descrição	Referência	Provento	Desconto	
011	Salário-Base	5 dia(s)	168,33		
915	Reembolso de Passagem		18,00		
310	INSS	8%		13,46	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <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> <p> _____</p> <p align="center">Assinatura <span style="float: right;">MG 163206355</span></p> <p align="center"> _____</p> <p align="center">Assinatura <span style="float: right;">MG 163206355</span></p> <p align="center">Matrícula</p> </div>			Total de Proventos	Total de Descontos	
			186,33	13,46	
			Líquido a Receber		172,87
Salário Contratual	Base de Cálculo do INSS	Base de Cálculo do FGTS	FGTS	FGTS Contribuição Social	Base de Cálculo do IRRF
1.010,00	168,33	168,33	13,46		

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 Novembro de 2018	
Empregado 000324 EDNA PEREIRA GOMES		Cargo CUIDADOR		Lotação CUIDADORAS	
PIS 12446191616	Banco	Agência	Conta	Tipo de Conta	
Discriminação das Verbas					
Cod.	Descrição	Referência	Provento	Desconto	
011	Salário-Base	5 dia(s)	168,33		
915	Reembolso de Passagem		18,00		
310	INSS	8%		13,46	
			Total de Proventos	Total de Descontos	
			186,33	13,46	
			Líquido a Receber		172,87
Salário Contratual	Base de Cálculo do INSS	Base de Cálculo do FGTS	FGTS	FGTS Contribuição Social	Base de Cálculo do IRRF
1.010,00	168,33	168,33	13,46		

220

**Comprovante de transferência entre contas da CAIXA - TEV**

Via Internet Banking CAIXA

<b>Emitente:</b>	ASSOCIACAO DOS SURDOS DE CONTAGE
<b>Conta origem:</b>	0893 / 003 / 00004717-2
<b>Conta destino:</b>	0893 / 013 / 00228106-4

<b>Nome destinatário:</b>	EDNA PEREIRA GOMES
<b>Valor:</b>	R\$ 172,87
<b>Identificação da operação:</b>	PAGTO SAL REF NOV/2018

<b>Data de débito:</b>	06/12/2018
<b>Data/hora da operação:</b>	06/12/2018 11:55:19

<b>Código da operação:</b>	00220901
<b>Chave de segurança:</b>	LKLY3T64P2YZ1XMQ

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



221

CONTROLE DE FREQUÊNCIA

Empregador: ASSOCIACAO DOS SURDOS DE CONTAGEM ASSOCIAÇÃO DOS SURDOS	CNPJ/GE: 26.047.928/0001-15
Endereço: RUA RISO DO PRADO, 198	Período: De 26/10/2018 a 25/11/2018
Atividade:	Lotação: 002 CUIDADORAS
Empregado: 000324 EDNA PEREIRA GOMES	Cargo: CUIDADOR
CTPS: 00000047083/00019	

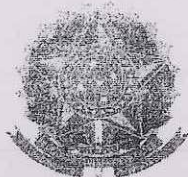
Dia	E1	S1	E2	S2	Prorrogação		Assinatura/Justificativa
					E	S	
26							
27	----	----	----	----			Sábado
28	----	----	----	----			Domingo
29							
30							
31							
01							
02	----	----	----	----			Feriado - Finados
03	----	----	----	----			Sábado
04	----	----	----	----			Domingo
05							
06							
07							
08							
09							
10	----	----	----	----			Sábado
11	----	----	----	----			Domingo
12							
13							
14							
15							
16							
17	----	----	----	----			Sábado
18	----	----	----	----			Domingo
19							
20							
21							
22							
23							
24	----	----	----	----			Sábado
25	----	----	----	----			Domingo

*Atestado*

Assinatura do Empregado







222

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

## COMUNICAÇÃO DE DECISÃO

NIT: 12446191616

Número do Benefício: 6253616920

Espécie: 31

Número do Requerimento: 192503033

Ao Sr. (a): EDNA PEREIRA GOMES

Endereço: PITANGUA, JOAIVERA

CEP: 32055150 Município: CONTAGEM

UF: MG

Assunto: Pedido de Auxílio - Doença

Decisão: Deferimento do Pedido

Motivo: Constatação de Incapacidade Laborativa

**Fundamentação Legal:** Art. 59 da Lei Nº8.213, de 24/07/1991; Artigos 71, 77 e 78 do Decreto Nº3.048, de 06/05/1995; Portaria Ministerial 359 de 31/08/2006, Artigo 207, da IN 20 INSS/PRES.

Em atenção ao seu pedido de Auxílio-Doença, apresentado no dia 24/10/2018, informamos que foi reconhecido o direito ao benefício, tendo em vista que foi constatada incapacidade para o trabalho.

O benefício foi concedido até 22/01/2019.

Se nos 15(quinze) dias finais até a Data de Cessação do benefício (22/01/2019), V.Sa. ainda se considerar incapacitado para o trabalho, poderá requerer novo exame médico-pericial, mediante formalização de Solicitação de Prorrogação.

A partir de 22/01/2019 (data da cessação do benefício) e pelo prazo de 30 (trinta) dias, V. Sa. poderá interpor Recurso à Junta de Recursos da Previdência Social.

O requerimento de Solicitação de Prorrogação poderá ser feito ligando para o número 135 da Central de Atendimento do INSS ou pela internet no endereço [www.previdencia.gov.br](http://www.previdencia.gov.br) ou uma Agência da Previdência Social - APS.

A Previdência Social informa que o(a) segurado(a) em Auxílio-Doença que retornar voluntariamente à mesma atividade, terá seu Auxílio cancelado a partir da data do retorno, de acordo com os §§ 6º e 7º do art. 60 da Lei nº 8213/91, com redação dada pela Lei nº 13.135/15.

Data, 9 de Novembro de 2018

## INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS

Agência da Previdência: CONTAGEM

CEP: 32017170

Município: CONTAGEM

Endereço: R BERNARDO MONTEIRO, 400

UF: MG CENTRO

**Termo de Responsabilidade:** Responsabilizo-me, sob as penas do Artigo 171 do Código Penal, pela veracidade da documentação apresentada para a solicitação do benefício acima descrito.

Ciente,

Assinatura do Requerente / Representante Legal