

275

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 Outubro 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	1 dia(s)	33,67				
310	INSS	8%		2,69			
<p style="text-align: center;">Certificamos que o</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Material</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Serviço</p> <p style="text-align: center;">deste documento foi recebido e conferido.</p>			<p style="text-align: center;">Assinatura</p> <p style="text-align: center;">Assinatura</p>		<p style="text-align: center;">Matrícula</p> <p style="text-align: center;">Matrícula</p>		
			Total de Proventos 33,67		Total de Descontos 2,69		
					Líquido a Receber 30,98		
Salário Contratual 1.010,00		Base de Cálculo do INSS 33,67	Base de Cálculo do FGTS 33,67	FGTS 2,69	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 Outubro 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	1 dia(s)	33,67				
310	INSS	8%		2,69			
			Total de Proventos 33,67		Total de Descontos 2,69		
					Líquido a Receber 30,98		
Salário Contratual 1.010,00		Base de Cálculo do INSS 33,67	Base de Cálculo do FGTS 33,67	FGTS 2,69	FGTS Contribuição Social	Base de Cálculo do IRRF	

27/6

**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\$ 30,98
Identificação da operação:	PAG SAL OUT 2018

Data de débito:	06/11/2018
Data/hora da operação:	06/11/2018 16:04:17

Código da operação:	00253031
Chave de segurança:	YLK6GFYN1EFNV59W

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

2017

CONTROLE DE FREQUÊNCIA

Empregador: ASSOCIACAO DOS SURDOS DE CONTAGEM ASSOCIAÇÃO DOS SURDOS D	CNPJ/CEI: 26.047.928/0001-15
Endereço: RUA RISO DO PRADO, 198	Período: De 26/09/2018 a 25/10/2018
Atividade:	Lotação: 002 CUIDADORAS
Empregado: 000358 MARIA SOCORRO DE SOUSA	Cargo: CUIDADOR
CTPS: 00000084589/00048	

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

Assinatura do Empregado



Prefeitura Municipal de Contagem
Secretaria Municipal de Saúde
ATESTADO



Atesto que o(a) Sr(a) Maria Socorro de Sousa

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 formação 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 20 (vinte) dias, a partir de 14/09/18 por motivo de doença CID: F32.1 (a pedido do paciente). (Este atestado é válido p/ finalidades previstas no art. 143 § 1º do Decreto 2172 de 05/02/97, e Resolução CFM 1100/84 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 1988. (Licença - Maternidade).

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

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

DATA: 14/09/18

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

[Carimbo: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - CONTAGEM - 45072]

[Assinatura: BMO]



COMUNICAÇÃO DE DECISÃO

NIT. 1.296.384.913,7

Número do Benefício: 025.932.641,1

Espécie: 31

Ao Sr(a): MARIA JOCORRO DE SOUSA

Endereço: R. TRISTOVAN COLOMBO, 411 CASA, PEDRA AZUL

CEP: 12.190.000 Município: CONTAGEM

UF: MG

Assunto: Requerimento de Auxílio - Doença.

Decisão: DEFERIDO

Motivo: Constatação de incapacidade laborativa.

Fundamentação Legal: Art. 59 da Lei nº 8.213, de 24/07/1991 e arts. 71 e 78 do Regulamento da Previdência Social, aprovado pelo Decreto nº 3048, de 06/05/1999.

Prezado(a) Senhor(a),

Em atenção ao requerimento de Auxílio-Doença, efetuado em 01/10/2018, a Previdência Social comunica que foi reconhecido o direito ao benefício, em razão de o exame médico-pericial realizado pelo INSS ter concluído que existe incapacidade para o trabalho e/ou atividade habitual.

O Auxílio - Doença foi concedido até 30/10/2018, Data da Cessação do Benefício - DCB.

Caso não recupere a capacidade para o trabalho e/ou atividade habitual até a data da cessação fixada, o (a) Senhor(a) poderá requerer novo exame médico-pericial, mediante Solicitação de Prorrogação, no prazo de 15(quinze) dias antes da cessação do benefício 30/10/2018, observado o disposto no art. 78, § 2º, do Regulamento da Previdência Social.

Cessado o benefício, o (a) Senhor(a) poderá apresentar Recurso à Junta de Recursos da Previdência Social, no prazo de 30(trinta) dias contados a partir de 30/10/2018, observado o disposto no art. 305, § 1º, do Regulamento da Previdência Social, aprovado pelo decreto nº 3.048/99.

A Solicitação de Prorrogação e a apresentação do Recurso poderão ser agendados por meio da internet pelo endereço eletrônico meu.inss.gov.br, da Central 135 ou em uma Agência da Previdência Social.

Caso haja recuperação da capacidade para o trabalho e /ou atividade habitual antes do prazo fixado, orienta-se o comparecimento a uma Agência da Previdência Social para marcação de exame médico-pericial.

O prazo para a revisão do benefício é de 10(dez) anos contados da data da concessão ou do indeferimento, de acordo com o prazo decadencial previsto no art.103 da Lei nº 8.213/91 e art. 347 do Regulamento da Previdência Social, aprovado pelo Decreto nº 3.048/99.

A Previdência Social informa que o(a) segurado(a) em auxílio doença que retornar voluntariamente à mesma atividade, poderá ter 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 13135/15.

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS

LAURILY B. HORIZONTE - PADRE EUSTAQUIO

RESID: RUA PADRE EUSTAQUIO, 18, AINDAR - PADRE EUSTAQUIO

MUNICÍPIO: RIO DE JANEIRO

UF: MG

0111

280



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

COMUNICAÇÃO DE DECISÃO

NIT: 12953839137

Número do Benefício: 6250326441

Espécie: 31

Número do Requerimento: 191981577

Ao Sr. (a): MARIA SOCORRO DE SOUSA

Endereço: R CRISTOVAO COLOMBO, 411 CASA, PEDRA AZUL

CEP: 32185030 Município: CONTAGEM

UF: MG

Assunto: Solicitação de Prorrogação de Benefício por Incapacidade.

Decisão: Indeferimento do Pedido

Motivo: Não Constatação de Incapacidade Laborativa

Fundamentação Legal: Art. 59 da Lei nº 8.213, de 24/07/1991; Artigos 71 e 77 e § 2º do Art. 78 do Decreto nº 3.048, de 06/05/1999; § 6º do Art. 75 do Decreto nº 3.048/1999, com redação

Em atenção à sua Solicitação de Prorrogação de Benefício por Incapacidade, apresentada no dia 23/10/2018, informamos que não foi reconhecido o direito à prorrogação do benefício.

O pagamento do seu benefício foi mantido até o dia 06/11/2018.

Desta decisão poderá interpor Recurso, no prazo de 30 dias do recebimento desta comunicação, à Junta de Recurso do Conselho de Recursos do Seguro Social - JR/CRSS, pelo número de telefone 135 da Central de Atendimento do INSS ou pela internet no endereço eletrônico: meu.inss.gov.br.

Data, 6 de Novembro de 2018

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS

Agência da Previdência BELO HORIZONTE PADRE EUSTAQUIO
CEP: 30720100 Município: BELO HORIZONTE

Endereço: RUA PADRE EUSTAQUIO, 1831 2
UF: MG ANDARAÍ, PADRE EUSTAQUIO

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