

135 - 339

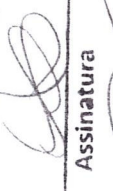

Recibo de Pagamento de Salário

Empresa : 0042-ASSOCIAÇÃO DOS SURDOS DE CONTAGEM
 Endereço : RUA RISO DO PRADO - 198
 Nome : LILIANE BELO ROCHA
 Função : CUIDADOR

CNPJ/CPF/CEI : 26047928000115
 Referente : 06/2017
 Admissão : 19/06/2017
 Setor/CC :

Cód	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
001 501	SALARIO BASE INSS	12,00 8,00	384,00	30,72

Certificamos que o
 Material
 Serviço
 deste documento foi recebido e conferido.

 _____
Assinatura
MG15396355 _____
Matricula
 _____
Assinatura
MG-16.000.400 _____
Matricula

Salário Base	Base INSS	Base FGTS	FGTS Mês	Base IRRF	Faixa IRRF
960,00	384,00	384,00	30,72	353,28	0,00
Salário Líquido			384,00	353,28	

 Data

 Assinatura

Recibo de Pagamento de Salário

Empresa : 0042-ASSOCIAÇÃO DOS SURDOS DE CONTAGEM
 Endereço : RUA RISO DO PRADO - 198
 Nome : LILIANE BELO ROCHA
 Função : CUIDADOR

CNPJ/CPF/CEI : 26047928000115
 Referente : 06/2017
 Admissão : 19/06/2017
 Setor/CC :

Cód	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
001 501	SALARIO BASE INSS	12,00 8,00	384,00	30,72

Salário Base	Base INSS	Base FGTS	FGTS Mês	Base IRRF	Faixa IRRF
960,00	384,00	384,00	30,72	353,28	0,00
Salário Líquido			384,00	353,28	

 Data

 Assinatura

136 - 339

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

Via Internet Banking CAIXA

Emitente:	ASSOCIACAO DOS SURDOS DE CONTAGE
Conta origem:	0893 / 003 / 000004717-2
Conta destino:	1532 / 013 / 000008338-8

Nome destinatário:	LILIANE BELO ROCHA
Valor:	R\$ 353,28
Identificação da operação:	PAGTO SAL REF JUNHO/2017

Data de débito:	10/07/2017
Data/hora da operação:	10/07/2017 12:13:54

Código da operação:	00752162
Chave de segurança:	JC5N4G1XZ4G9KT5S

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

137 - 339

Folha de Ponto - Período: JUNHO 2017.

Empregador(a)
 Nome: ASSOCIAÇÃO DOS SURDOS DE CONTAGEM CNPJ/CPF: 26047928000115

Empregado(a)
 Nome: Liliane Belo PIS:
 Cargo: CUIDADOR CTPS:

Dia	Entrada	Início do Intervalo	Fim do Intervalo	Saída	Hora Extra	Assinatura do Empregado(a)
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						SABADO
18						DOMINGO
19	7:00	11:24	13:00	17:24		Liliane Belo Rocha
20	7:02	11:25	13:59	17:26		Liliane Belo Rocha
21	7:03	11:24	13:00	17:25		Liliane Belo Rocha
22						ASSOCIADO
23						ASSOCIADO
24						SABADO
25						DOMINGO
26	7:01	11:24	13:00	17:24		Liliane Belo Rocha
27	7:02	11:25	13:59	17:26		Liliane Belo Rocha
28	7:00	11:24	13:00	17:25		Liliane Belo Rocha
29						ASSOCIADO
30	7:02	11:26	13:00	17:25		Liliane Belo Rocha

E. M. IVAN DINIZ MACEDO

Ensino Fundamental

Lei de Criação Nº 2903/96

Portaria de Aut. Nº 842/98 (1ª à 4ª)

Portaria de Aut. Nº 297/99 (5ª à 8ª)

Rua Nossa Senhora da Conceição, 500

B. Retiro - Contagem - CEP: 32050-000

FONE: (31) 3352-5192

Liliane da R. Santana

E. M. IVAN DINIZ MACEDO
 Célia da Rocha Cairati
 Diretora - Matrícula: nº 17004-6
 Autorização nº 092/2016/SEBUC/DI
 Ass. Administração 17.211

138 - 339



Prefeitura Municipal de Contagem
Secretaria Municipal de Saúde



ATESTADO

Atesto que o(a) Sr(a) Elaine Belo Leão
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 2 dias,
a partir de 22/6/17 por motivo de doença CID. S20, (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 _____
_____ dias, apartir 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 recusa e do preenchimento de mais de um formulário N° 04

UNIDADE DE SAÚDE

PSF - São Judas Tadeu I
Distrito Vargem das Flores I

DATA

22/6/17
SMS-A11

ASSINATURA E CARIMBO RESPONSÁVEL

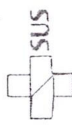
ASSINATURA E CARIMBO RESPONSÁVEL

MARILENE FERREIRA
10155555
SUS

139 - 359



Prefeitura Municipal de Contagem
Secretaria Municipal de Saúde



ATESTADO

Atesto que o(a) Sr(a) Juliane Bete Rocha
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 29/12/04
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 7 (____) dias,
a partir de 29.6.17 por motivo de doença CID. R38 (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 _____ (____)
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 PSF São Judas Tadeu I
Distrito Vargem das Flores

DATA 29/6/17
ASSINATURA E CARIMBO RESPONSÁVEL
[Assinatura]
Membro Conselho Municipal de Saúde
Programa Maternidade