

224

**Recibo de Pagamento**  
( Folha de Pagamento )


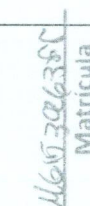

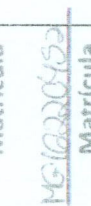
Data e Assinatura: / /

Empregador: ASSOCIACAO DOS SURDOS DE CONTAGE  
 CNPJ/CEI: 26.047.928/0001-15  
 Admissão: 19/06/2017  
 Competência: Fevereiro de 2018

Empregado: 000348 MARIA MADALENA FREITAS VIEGAS  
 Carro: CUIDADOR  
 Lotação: CUIDADORAS

PIS: 12083551666  
 Banco: Agência: Conta: Tipo de Conta:

**Discriminação das Verbas**

Cod.	Descrição	Referência	Provento	Desconto
011	Salário-Base	30 dia(s)	985,58	78,85
310	INSS	8%		59,13
320	Vale-Transporte	6%		
Certificamos que o <input type="checkbox"/> Material <input type="checkbox"/> Serviço deste documento foi recebido e conferido.				
 Assinatura		 Matrícula		
 Assinatura		 Matrícula		
Salário Contratual		Base de Cálculo do INSS	Base de Cálculo do FGTS	Total de Proventos
985,58		985,58	985,58	985,58
			FGTS Contribuição Social	Total de Descontos
			78,85	137,98
				Líquido a Receber
				847,60
				Base de Cálculo do IRRF

**Recibo de Pagamento**  
( Folha de Pagamento )


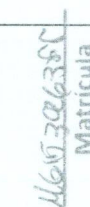

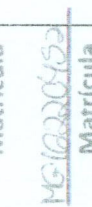
Data e Assinatura: / /

Empregador: ASSOCIACAO DOS SURDOS DE CONTAGE  
 CNPJ/CEI: 26.047.928/0001-15  
 Admissão: 19/06/2017  
 Competência: Fevereiro de 2018

Empregado: 000348 MARIA MADALENA FREITAS VIEGAS  
 Carro: CUIDADOR  
 Lotação: CUIDADORAS

PIS: 12083551666  
 Banco: Agência: Conta: Tipo de Conta:

**Discriminação das Verbas**

Cod.	Descrição	Referência	Provento	Desconto
011	Salário-Base	30 dia(s)	985,58	78,85
310	INSS	8%		59,13
320	Vale-Transporte	6%		
Certificamos que o <input type="checkbox"/> Material <input type="checkbox"/> Serviço deste documento foi recebido e conferido.				
 Assinatura		 Matrícula		
 Assinatura		 Matrícula		
Salário Contratual		Base de Cálculo do INSS	Base de Cálculo do FGTS	Total de Proventos
985,58		985,58	985,58	985,58
			FGTS Contribuição Social	Total de Descontos
			78,85	137,98
				Líquido a Receber
				847,60
				Base de Cálculo do IRRF

**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>	2837 / 013 / 00018560-2

<b>Nome destinatário:</b>	MARIA MADALENA DE FREITAS
<b>Valor:</b>	R\$ 847,60
<b>Identificação da operação:</b>	PAG SAL FEV 2018

<b>Data de débito:</b>	02/03/2018
<b>Data/hora da operação:</b>	02/03/2018 15:10:32

<b>Código da operação:</b>	00492608
<b>Chave de segurança:</b>	LE7XXNN02Z83QNFK

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

## Folha Individual de Ponto

Empresa : 0042-ASSOCIAÇÃO DOS SURDOS DE CONTAGEM  
 CNPJ/CPF : 26047928000115  
 Inscr. Est. :

Endereço : RUA RISO DO PRADO - 198  
 Cidade/UF : CONTAGEM/MG

Código : 00223 - MARIA MADALENA FREITAS VIEGAS

Função : CUIDADOR

Sector :

Comp. : 26/01/2018 A 25/02/2018  
 C.Custo : -

Dia	Dia da Semana	Intervalo		Hora Extra		Assinatura
		Entrada	Saída	Entrada	Saída	
26/01	Sexta					
27/01	Sábado	Curso de capacitação continuada				Maria Madalena Freitas
28/01	Domingo					
29/01	Segunda					
30/01	Terça					
31/01	Quarta					
01/02	Quinta					
02/02	Sexta					
03/02	Sábado					
04/02	Domingo					
05/02	Segunda					
06/02	Terça					
07/02	Quarta					
08/02	Quinta					
09/02	Sexta					
10/02	Sábado					
11/02	Domingo					
12/02	Segunda					
13/02	Terça					
14/02	Quarta					
15/02	Quinta					
16/02	Sexta					
17/02	Sábado					
18/02	Domingo					
19/02	Segunda	9:00	11:25	13:00	19:26	Maria Madalena Freitas
20/02	Terça	9:02	11:26	13:01	19:25	Maria Madalena Freitas
21/02	Quarta	9:01	11:24	13:00	19:24	Maria Madalena Freitas
22/02	Quinta	9:00	11:26	13:02	19:25	Maria Madalena Freitas
23/02	Sexta	ATELADO		MÉDICO		
24/02	Sábado					
25/02	Domingo					



Obs.: Substitui o Quadro de Horário de Trabalho, de acordo com o disposto na Portaria Ministerial nº 3162 de 08/09/1982

E.M. PROF. HILTON ROCHA  
 PROF. RICHARD COELHO  
 DIRETOR DE ESCOLA MUNICIPAL - MAT. 127741-4  
 AUT. 0822016 SEDUC/DIR

## Informações do Horário do Funcionário

Jornada: Semana Fixa Tipo de Jornada: 1 - Jornada com horário diário e folga fixos  
 ATO ADMINISTRATIVO - 19043  
 DOC. EDIÇÃO: 17/05/23/12/2016

Dias da Semana	Normal	Jornada
Segunda Feia	Normal	07:00 / 17:24
Terça Feia	Normal	07:00 / 17:24
Quarta Feia	Normal	07:00 / 17:24
Quinta Feia	Normal	07:00 / 17:24
Sexta Feia	Normal	07:00 / 17:24
Sábado	Compensado	11:24 / 13:00
Domingo	DSR	11:24 / 13:00

 <p>PREFEITURA DE BETIM</p>	<p>Prefeitura Municipal de Betim          SMS/Função Municipal de Saúde  <b>ATESTADO</b>          UBS ROSA CACHOEIRA          CNES 2125986</p>	 <p>SUS</p>
<p>Atesto que o(a) Sr(a) <u>MARIA MADALENA DE FREITAS</u>          Portador da Carteira Profissional nº _____          e Carteira de Identidade nº _____</p>		
<p><input type="checkbox"/> 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 médico admissional, demissional ou periódico para fins da legislação de segurança e saúde do trabalhador, vide portaria nº 24 de 29/12/94 do Ministério do Trabalho).</p>		
<p><input type="checkbox"/> Compareceu nesta data para consulta / exame, tendo permanecido nesta unidade no período de _____ às _____ horas.</p>		
<p><input checked="" type="checkbox"/> Necessita permanecer afastado do trabalho por <u>01</u> ( <u>um</u> ) dias, a partir de <u>23/02/18</u> por motivo de doença CID: _____ (a pedido do cliente).          (Este atestado é válido para 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)</p>		
<p><input type="checkbox"/> 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 05/10/1988. (Licença Maternidade).</p>		
<p><b>OBS: Este atestado perderá o valor em caso de rasura e de preenchimento de mais de um campo.</b></p>		
<p>UNIDADE DE SAÚDE</p>	<p><u>Dra. Renata do Nascimento M. Carvagens</u>  <small>C.R.C.F.O. nº 28349</small></p>	
<p>DATA</p>	<p><u>23/02/2018</u> <u>W 16</u></p>	