

**Demonstrativo de Pagamento de Salário**

00021 ASSOCIACAO DE ASSISTENCIA SOCIAL JARDIM DA AV DURAL ALVES DE FARIA, 2167  
 01/03/2018 a 31/03/2018 ADMINISTRAÇÃO  
 CPF: 09436459645 Educadora Infantil 1  
 02411691000141

ATENÇÃO: O SERVIÇO FOI PRESTADO  
 E/OU MATERIAL FORNECIDO  
 05/04/18

ATENÇÃO: O SERVIÇO FOI PRESTADO  
 E/OU MATERIAL FORNECIDO  
 05/04/18

Cód.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
001	Salário Base	220,00	1.222,55	
599	Salário Família	001,00	31,71	73,35
999	Arredondamento do mes		0,61	0,72
604	Vale Transporte			97,80
610	Arredondamento mes anterior			
903	INSS Folha			
Felicidades no seu Aniversário.			1.254,87	171,87
Valor Líquido			1.083,00	

Base Cál. FGTS 1.222,55  
 Base Cál. IRRF 935,16  
 F.G.T.S do mês 97,80  
 Faixa IRRF

Sal. Contri. INSS 1.222,55 8,00  
 Saldo Base 1.222,55  
 05/04/18  
 Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo  
 ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO  
 DATA

218





Nome do paciente: LORRAINY MOUTINHO DOS SANTOS AZEVEDO      Nº Pront.: 0000719115      Nº Atend: 26056981  
Data de Nascimento: 14/03/1990      Idade: 28 Anos 0 Mês 2 Dias      Convênio: UNIMED BH  
Nome da mãe: MARGARETH BARBOSA MOUTINHO DOS SANTOS      Setor: PRONTO SOCORRO | ATENDIMENTO LEVO  
Profissional: PETERSON CARDOSO GONTIJO      Data Assinatura: 16/03/2018 02:09:33

### ATESTADO MÉDICO

Atesto que o (a) Sr. (a) LORRAINY MOUTINHO DOS SANTOS AZEVEDO necessita permanecer afastado por 01 dias a partir de 16/03/2018 por razões médicas. CID A09.

(Este atestado é válido para as finalidades previstas nos artigos 71 e 72, parágrafo 1ª do Decreto 3048/99, e será expedido para justificar o afastamento do trabalho de 1 a 15 dias).

Eu, LORRAINY MOUTINHO DOS SANTOS AZEVEDO, RG , autorizo a inclusão do CID no atestado médico.

\_\_\_\_\_  
LORRAINY MOUTINHO DOS SANTOS AZEVEDO

Dr. Peterson Cardoso Gontijo  
Médico

Assinatura e Carimbo CRM-MG 47498

ATESTO QUE O SERVIÇO FOI PRESTADO  
E/OU MATERIAL FORNECIDO  
05/04/18

ATESTO QUE O SERVIÇO FOI PRESTADO  
E/OU MATERIAL FORNECIDO  
05/04/18

216



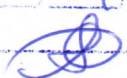


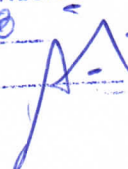
CONTRATO DE TRABALHO

Empregador **02.411.691/0001-41**  
 .....  
 CNPJ/MF **ASSOCIAÇÃO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL**  
 Rua **JARDIM DAS OLIVEIRAS - ANJO**  
 .....  
 Município **Av. A. N.º 2.167 - B** Est. **B**  
 Esp. do estabelecimento **Associação Tipográfica - CEP: 32.070-040**  
 Cargo **Edição** **CONTAZEM - MG**  
 .....  
 CBO n.º **331105**  
 Data admissão **07** de **Dezembro** de **2017**  
 Registro n.º ..... Fls./Ficha .....  
 Remuneração especificada **R\$ 1.222,55 (Um mil**  
**duzentos e vinte e dois reais e cinquenta**  
**e cinco centavos)**  
 .....  
 ASS. DE ASS. SOCIAL JARDIM DAS OLIVEIRAS - ANJO  
 1.º ..... 2.º .....  
 Data saída ..... de ..... de .....  
 Ass. do empregador ou a rogo c/test.  
 1.º ..... 2.º .....  
 Com. Dispensa CD N.º .....

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador .....  
 .....  
 CNPJ/MF .....  
 Rua ..... N.º .....  
 Município ..... Est. ....  
 Esp. do estabelecimento .....  
 Cargo .....  
 .....  
 CBO n.º .....  
 Data admissão ..... de ..... de .....  
 Registro n.º ..... Fls./Ficha .....  
 Remuneração especificada .....  
 .....  
 Ass. do empregador ou a rogo c/test.  
 1.º ..... 2.º .....  
 Data saída ..... de ..... de .....  
 Ass. do empregador ou a rogo c/test.  
 1.º ..... 2.º .....  
 Com. Dispensa CD N.º .....

ATESTO QUE O SERVIÇO FOI PRESTADO  
 E/OU MATERIAL FORNECIDO  
05 / 04 / 18  


ATESTO QUE O SERVIÇO FOI PRESTADO  
 E/OU MATERIAL FORNECIDO  
05 / 04 / 18  


214

**CAIXA****CAIXA ECONÔMICA FEDERAL**Página: 1  
Posição:  
04/04/2018**CAIXA PROGRAMADO****RELATÓRIO DE AGENDAMENTOS - SALÁRIO - AMPLIAÇÃO DE BASE**

CÓDIGO DO COMPROMISSO: 041073 NOME: ASSOCIACAO DE ASSISTENCIA SOCI

Período de 05/04/2018 até  
05/04/2018FORMA DE CREDITO EM  
PAGAMENTO: CONTA

Agendamento	CPF	NOME	BCO.AGEN.C/CORRENTE	DT CREDITO	VALOR	MOEDA	SITUAÇÃO
000271	050.054.566-94	SIMONE CONSUELO DE FARIA PIRES	104.1529.037000009184-5	05/04/2018	2.595,00	Real	REMETIDO
000272	032.897.356-48	MARLI PIRES GONCALVES DE ABREU	104.1529.037000002159-6	05/04/2018	1.289,00	Real	REMETIDO
000273	094.364.596-45	LORRAINY MOUTINHO DOS SANTOS	104.1529.037000009183-7	05/04/2018	1.083,00	Real	REMETIDO
000274	120.369.056-84	VALDINEIA BONINI RAMOS CONTARE	104.1529.037000012483-2	05/04/2018	1.114,00	Real	REMETIDO
000275	082.058.216-66	ROSA ALICE BONINI RAMOS CONTA	104.1529.037000012482-4	05/04/2018	1.051,00	Real	REMETIDO
000276	050.054.566-94	SIMONE CONSUELO DE FARIA PIRES	104.1529.037000009184-5	05/04/2018	2.595,00	Real	REMETIDO
000277	032.897.356-48	MARLI PIRES GONCALVES DE ABREU	104.1529.037000002159-6	05/04/2018	1.289,00	Real	REMETIDO
000278	094.364.596-45	LORRAINY MOUTINHO DOS SANTOS	104.1529.037000009183-7	05/04/2018	1.083,00	Real	REMETIDO
000279	120.369.056-84	VALDINEIA BONINI RAMOS CONTARE	104.1529.037000012483-2	05/04/2018	1.114,00	Real	REMETIDO
000280	082.058.216-66	ROSA ALICE BONINI RAMOS CONTA	104.1529.037000012482-4	05/04/2018	1.052,00	Real	REMETIDO
TOTAL GERAL:					14.265,00		

Pag: 1-

ATESTO QUE O SERVIÇO FOI PRESTADO  
E/OU MATERIAL FORNECIDO  
05 / 04 / 2018

ATESTO QUE O SERVIÇO FOI PRESTADO  
E/OU MATERIAL FORNECIDO  
05 / 04 / 18

247