

03/09/2018 - BANCO DO BRASIL - 15:08:07
 163101631 SEGUNDA VIA 0007

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
 DE CONTA CORRENTE PARA POUPANCA

CLIENTE: FUNDAÇÃO SANTA FILOMENA
 AGENCIA: 1631-4 CONTA: 26.760-0

DATA DA TRANSFERENCIA 03/09/2018
 NR. DOCUMENTO 172.818.510.041.531
 VALOR TOTAL 981,00

***** TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DANIELE ALVES DOS SANTOS
 AGENCIA: 2818-5 CONTA: 510.041.531-9

VARIAÇÃO DA POUPANCA 51
 NR. DOCUMENTO 171.631.000.026.760

NR.AUTENTICACAO 0.F5E.565.99C.25A.A68

Creditos a partir de 04 05 2012 estao
 disciplinados pela Lei 12.703.

Transação efetuada com sucesso por: J4707543 PAULO ROGERIO MARZULLO DA SILVA.

FUNDAÇÃO SANTA FILOMENA
 CNPJ: 17.512.534/0001-08

CC: GERAL
 Mensalista

Folha Mensal
 Agosto de 2018

Código Nome do Funcionário
 37 DANIELE ALVES DOS SANTOS
 EDUCADORA

CBO Departamento Filial
 516215 1 1
 Admissão: 06/03/2018

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	10,00	412,67		
8870	DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTEGRAIS	15,00	619,00		
995	SALARIO FAMILIA	1,00	31,71		
992	ARREDONDAMENTO DO MES	0,00	0,86		
998	I.N.S.S.	8,00		82,53	
993	ARREDONDAMENTO MES ANTERIOR	0,71		0,71	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.064,24	83,24	
			Valor Líquido →	981,00	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.238,00	1.031,67	1.031,67	82,53	759,55	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

COMUNICAÇÃO DE DECISÃO

NIT: 1303761127
 Número do Benefício: 624996764 Espécie:
 Número do Requerimento: 130720620
 Ao Sr(a): DANIELE ALVES DO SANTOS
 Endereço: R. 905 MANOEL DE B. Z. R. AP. 104 SANTA CRUZ INDU. 13.190
 CEP: 13.190-000 Município: CONTAGEM UF: MG
 Assunto: Prestação do Auxílio - Doença
 Decisão: Indeferimento do Pedido
 Motivo: Insustentação de Incapacidade Laborativa

Fundamentação Legal: Lei nº 8.112, de 20/12/1990 - Art. 102, III, c/c Lei nº 9.073, de 06/05/1995 - Portaria Ministerial nº 59, de 23/08/2006 - Artigo 207 do Regulamento INSS/PRFIS

Trata-se de recurso apresentado pelo Acolhido Beneficiário em face de decisão que indeferiu o pedido de concessão do benefício previdenciário, tendo em vista que foi constatada a incapacidade para o trabalho.

Conforme consta em seu pedido, o Acolhido Beneficiário alega que possui uma doença incapacitante para o trabalho, podendo apresentar exames médicos para comprovar a incapacidade para o trabalho. Entretanto, não apresentou exames médicos para comprovar a incapacidade para o trabalho. Diante disso, o pedido foi indeferido. Recurso a Junta de Recursos Indeferido.

O requerimento de Suspensão de Exatidão pode ser solicitado pelo Acolhido Beneficiário em face de decisão de INSS ou para interposição de recurso, por meio do site www.gov.br/inss ou por meio da Agência de Atendimento ao Cidadão (AAC) ou pelo seu Auxílio, por meio da página eletrônica de atendimento ao cidadão, disponível no endereço eletrônico www.gov.br/inss. O Acolhido Beneficiário poderá solicitar a suspensão de Exatidão por meio de uma declaração assinada pelo Acolhido Beneficiário, datada pela Lei nº 13.127/15.

Data: 15 de Agosto de 2015

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS

Agência de Atendimento ao Cidadão - Contagem - Endereço: R. Manoel de B. Z. R. - 905 - 13.190-000
 CEP: 13.190-000 Município: Contagem - UF: MG

Termo de Responsabilidade: Responsabilizo-me, sob as penas do Artigo 171 do Código de Processo Civil, a veracidade da documentação apresentada para a solicitação do benefício ao meu desígnio.
 Cliente

Assinatura do Requerente - Representante Legal

65



Atesto que o(a) Sr(a) _____
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 _____ (_____) dias, a partir de 22/07/2011 por motivo de doença CID. _____ (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	
DATA	ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL
20/07/11	[Assinatura]