

00038 INSTITUTO DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL ARCA | **Demonstrativo de Pagamento de Salário**
 Rua Visconde de Itaboraí, 111
 01/05/2019 a 31/05/2019 GERAL 08.583.491/0001-52
 000209 LUCIENE APARECIDA RIOS Educador Infantil
 CPF 03856053662 Data Admissão: 01/02/2019

Cód.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
001	Salário Base	030,00	1.501,20	45,04	
590	Vale Transporte 3%			120,09	
903	INSS Folha				
			1.501,20	165,13	
			Valor Líquido	1.336,07	
Saldo Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.501,20	1.501,20	8,00	1.501,20	120,09	1.001,93

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE RECIBO
 03/06/19 DATA Luciene Ap. Rios ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO

93
 [Handwritten signature]

Comp. 018 Banco 104 Agência 0893 C1 5 Conta 03001354-5 C2 9 Série AAA Cheque nº 900812 C3 8 RS #133607#

Pague por este cheque a quantia de UM MIL TRZENTOS E TRINTA E SETE REAIS
SETE CENTAVOS e centavos acima

a LUCIENE APARECIDA RIOS ou à sua ordem

CAIXA

CONTAGEM, 05 de JUNHO de 2019

Luciene Aparecida Rios
INST DES ARCA DA ALIANÇA

CONTAGEM
AV JOAO C. OLIVEIRA, 1205
CONTAGEM-MG
CONFECÇÃO: 05/2019

CNPJ 08.583.491/0001-52

CLIENTE BANCÁRIO
DESDE 10/2009

900812 018 104 0893 5 03001354-5 9 AAA 900812 8

01890081259 0300135456

JJ 089300343448-7

CAIXA

PAGAMENTO PERPETUA
COMPETÊNCIA, MAIO DE 2019
L. Luciene Aparecida Rios

18 de Contas de Depósitos

Cartão de Ponto

Nº ORDEM: _____ FUNCIONÁRIO: **LUCIENE** MÊS/ANO: **2019**

LOCAL TRAB.: **MAIO** Nº REGISTRO: _____

Nº CTPS: _____ CARGO: **ANALISTA**

HOR. TRAB.: ENTRADA: _____ INTERVALO RES.: _____ SAÍDA: _____ REP. SEMAN.: _____

EMPREGADOR / CNPJ: _____

OBSERVAÇÃO

1ª Quinzena

Dia	ENT	SAI	ENT	SAI	ENT	SAI	Total
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							

Handwritten notes in table:
 1: **FERIADO**
 2: **ATÉZADO**
 3: **ATÉZADO**
 4: **SABADO**
 5: **DOMINGO**
 6: **ATÉZADO**
 7: **ATÉZADO**
 8: **ATÉZADO**
 11: **SABADO**
 12: **DOMINGO**
 15: **1200**

Cartão de Ponto

Nº ORDEM: _____ FUNCIONÁRIO: _____ MÊS/ANO: _____

H. NORMAIS: _____ H. EXTRAS: _____

FALTAS: _____ H. NOTURNAS: _____

DSR: _____ VISTO: _____

OBSERVAÇÃO

2ª Quinzena

Dia	ENT	SAI	ENT	SAI	ENT	SAI	Total
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27							
28							
29							
30							
31							

Handwritten notes in table:
 18: **SABADO**
 19: **DOMINGO**
 21: **1200**
 22: **1200**
 25: **SABADO**
 26: **DOMINGO**
 31: **1300**

Reconheço a exatidão destes registros.

Luciene Ap. Rios
 Assinatura do Funcionário

Handwritten signature in blue ink.



ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o paciente (a) Luciene Aparecida Reis
Compareceu neste serviço no dia 02/05/19
Necessitando de licença médica no período 02 (dois) dias

CID: A90

- Consulta
- Atendimento de urgência
- Endoscopia Digestiva Alta
- Licença Maternidade

Data: 02/05/19



Assinatura do Médico

Rua: Ingás 43 B. E. dorado / Contagem - MG fone: (031) 3395-1108.
Esta declaração/Atestado, perde a validade em caso de rasura.

05
[Handwritten signature]

Nome do paciente: LUCIENE APARECIDA RIOS	Nº Pront.: 0002184255	Nº Atend. 29964065
Data de Nascimento: 18/06/1980	Idade: 38 Anos 10 Meses 18 Dias	Convênio: UNIMED BH
Nome da mãe: ESTELINA RODRIGUES RIOS	Setor: PRONTO SOCORRO ATENDIMENTO	Leito:
Profissional: JOSE KLEBER DE FIGUEIREDO	Data Assinatura: 06/05/2019 02:05:16	

ATESTADO MÉDICO

Atesto que o (a) Sr. (a) LUCIENE APARECIDA RIOS necessita permanecer afastado por 03 dias a partir de 06/05/2019 por razões médicas. CID R509.

(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, LUCIENE APARECIDA RIOS, RG , autorizo a inclusão do CID no atestado médico.

LUCIENE APARECIDA RIOS



Assinatura e Carimbo

