

00038 INSTITUTO DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL ARCA		Demonstrativo de Pagamento de Salário			
Rua Visconde de Itaboraí, 111					
01/07/2019 a 31/07/2019		GERAL	08.583.491/0001-52		
000195 ANA CLAUDIA RODRIGUES DA SILVA		MONITORA INFANTIL			
CPF 11282953699		Data Admissão: 12/06/2018			
Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
001	Salário Base	001,00	46,80		
200	Salário Maternidade	193:20	1.357,20		
903	INSS Folha			112,32	
Salário Maternidade de 01/04/2019 até 29/07/2019 (193:20)			1.404,00	112,32	
			Valor Líquido	1.291,68	
Saldo Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.404,00	1.404,00	8,00	1.404,00	112,32	1.102,09
DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE RECIBO					
<u>25/08/19</u>		<u>E. Ana Claudia R da Silva</u>			
DATA		ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO			

123
 [Handwritten signature]

Comp.	Banco	Agência	C1	Conta	C2	Série	Cheque nº	C3	RS
018	104	0893	5	03001354-5	9	AAA	900905	1	#1.291,68#
cheque a quantia de <u>UM MIL DUZENTOS E NOVENTA E UMA RE-</u>									
<u>ALIS SESSENTA E OITO CENTAVOS</u> centavos acima									
<u>ANA CLAUDIA RODRIGUES DA SILVA</u> ou à sua ordem									
CAIXA									
CONTAGEM, 25 de Agosto de 2019									
<u>ANA WENIA PAZINI LIMA</u>									
CONTAGEM					INST DES ARCA DA ALIANÇA				
AV JOAO C. OLIVEIRA, 1205					CNPJ: 08.583.491/0001-52				
CONTAGEM-MG					CLIENTE BANCÁRIO				
CONFECÇÃO: 07/2019					DESDE 10/2009				
100905 018 104 0893 5 03001354-5 9 AAA 900905 1									
⑆10408936⑆ 0189009055⑆ 800300135456⑆									

JJ 089300334041-5

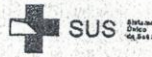
CAIXA

PAGAMENTO REFERENTE A
 COMPETENCIA, JULHO 2019 SALÁRIO
 MATERNIDADE.
 Ana Claudia R da Silva



PREFEITURA DE BETIM

ATESTADO



Atesto que o(a) Sr(a) Jana Cláudia Rodrigues da Silva

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 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).

Compareceu nesta data para consulta / exame, tendo permanecido nesta unidade no período de _____ às _____ horas.

Necessita permanecer afastado do trabalho por _____ (_____) dias, a partir de _____ / _____ / _____ 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).

Deverá afastar-se do trabalho no período de 120 (cento e vinte) dias, a partir de 01/04/19 conforme o disposto no inciso XVII, art. 7º, capítulo II, título II da Constituição Federal de 05/10/1988. (Licença Maternidade)

OBS: este atestado perderá o valor em caso de rasura e de preenchimento de mais de um campo.

UNIDADE DE SAÚDE MATERNIDADE P. MUNICIPAL DE BETIM	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE ESTADO DE MINAS GERAIS
DATA <u>02,04/19</u>	MATERNIDADE MUNICIPAL DE BETIM Gaturano, 80 - CEP 30680-130 Jardim Terezópolis - Tel.: 3591-3496 BETIM - MG
 Dra. Carolina Lage de Frenes CRM 63433	18 715 391/0001-96
ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL	

IMPRESSO GRÁFICA - SEAD / PMB

130
[Handwritten signature]