

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
 000195 ANA CLAUDIA RODRIGUES DA SILVA MONITORA INFANTIL

| CPF 11282953699 | | Data Admissão: 12/06/2018 | | |
|---|---------------------|---------------------------|----------------------|-----------------|
| Cód. | Descrição | Referência | Vencimentos | Descontos |
| 200 | Salário Maternidade | 200:00 | 1.404,00 | 112,32 |
| 903 | INSS Folha | | | |
| Salário Maternidade de 01/04/2019 até 29/07/2019 (200:00) | | | 1.404,00 | 112,32 |
| | | | Valor Líquido | 1.291,68 |

| Saldo Base | Sal. Contri. 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
 05/06/19 DATA *Ana Claudia R da Silva* ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO

68

Comp. Banco Agência C1 Conta C2 Série Cheque nº CS RS # 1.291,68 #
018 104 0893 5 03001354-5 9 AAA 900799 7

Pague por conta de HUM MIL DUZENTOS E NOVENTA E UM REAIS SEM
SENTA E OITO CENTAVOS e centavos acima
ou à sua ordem

CAIXA

CONTAGEM, 05 de JUNHO de 2019
Neusa Parisi Lima

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

INST. DES ARCA DA ALIANÇA
CNPJ 08.583.491/0001-52

CLIENTE BANCÁRIO
DESDE 10/2009



0189007995* 000300135456*

JJ 089300343435-5

CAIXA

PAGAMENTO REPERENTE A
COMPETÊNCIA, MAIO DE 2019

* pro Cláudia Rodrigues da Silva

| | | |
|--|-----------------|--|
|  PREFEITURA DE BETIM | ATESTADO |  SUS |
|--|-----------------|--|

Atesto que o(a) Sr(a) Ana Cláudia Rodrigues da Silva
 Portador da Carteira Profissional nº _____
 e Carteira de Identidade nº _____

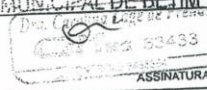
Não apresenta ao exame clínico de rotina realizado nesta data sinais de doenças infecto-contagiosas, de alterações evidentes de órgãos dos sentidos ou vícios de conformação física. Durante a entrevista não evidenciou sinais de déficit ou doença neuro-psiquiátrica. (Este atestado não é válido como exame 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 _____ 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).

Deixará afastar-se do trabalho no período de 120 dias e vinte dias, a partir de 02/04/19 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 MATERIDADE MUNICIPAL DE BETIM DATA <u>02/04/2019</u> |  ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL | 18 715 391/0001-96 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE ESTADO DE MINAS GERAIS MATERIDADE MUNICIPAL DE BETIM Gaturano, 80 - CEP. 30680-130 Jardim Terezópolis - Tel.: 3591-3496 BETIM - MG |
|---|---|--|

