

00021 ASSOCIACAO DE ASSISTENCIA SOCIAL JARDIM DA AV DURVAL ALVES DE FARIA, 2167
01/05/2019 a 31/05/2019

Demonstrativo de Pagamento de Salário

000070 SIMONE CONSUELO DE FARIA PIRES 02411691000141
Coordenador Pedagógico 1

Cód.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
001	Salário Base	220:00	3.271,70	
999	Arredondamento do mes		0,50	
610	Arredondamento mes anterior			0,35
903	INSS Folha			359,88
914	IRRF Folha			81,97
Atestado de 27/05/2019 até 27/05/2019 (007:20) Atestado de 28/05/2019 até 28/05/2019 (007:20)			3.272,20	
Saldo Base			Valor Líquido	2.830,00
3.271,70	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do mês	Base Cál. IRRF
11,00	3.271,70	3.271,70	261,73	2.911,82
DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE RECIBO				
13/06/2019			Simone C.S.P. Pires	
DATA			ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO	

ATESTADO QUE O SERVIÇO FOI PRESTADO E/OU MATERIAL FORNECIDO
13/06/19

ATESTADO QUE O SERVIÇO FOI PRESTADO E/OU MATERIAL FORNECIDO
13/06/19

Empregador ou Razão Social
CEIJO
 CNPJ
02411691/0001-41
 Nome
Simone C. de F. Pires
 Nº CTPS
 Função
Coord. Ped.
 Mês
Junho
 Ano
2019
 Local de Trabalho

Atividade	MANHÃ		TARDE		EXTRA		HORAS Extras
	ENTRADA	SAÍDA	ENTRADA	SAÍDA	ENTRADA	SAÍDA	
1 Fmado							
2 08:01			12:48	17:31			
3 08:02			11:26	12:58	17:23		
4 Sábado							
5 Domingo							
6 07:02			12:10	12:57	17:20		
7 08:08			11:38	12:32	17:46		
8 08:57			11:30	12:50	17:38		
9 09:10			11:50	12:50	17:29		
10 Curso			13:14	17:37			
11 Sábado							
12 Domingo							
13 07:21			12:52	17:43			
14 08:57			11:51	12:47	17:32		
15 06:57			11:34	13:03	17:28		

Nos termos da Portaria MTB nº 3.162, de 8/9/82 e 3.081, de 11/4/84, o presente Cartão de Ponto, substitui o Quadro de Horário de Trabalho, inclusive o de menores.



GRIFFE
 PAPER
[Handwritten Signature]

ATESTO QUE O SERVIÇO FOI PRESTADO
 E/OU MATERIAL FORNECIDO
13/6/19

ATESTO QUE O SERVIÇO FOI PRESTADO
 E/OU MATERIAL FORNECIDO
13/6/19

	HORAS	A RS	TOTAIS
NORMAIS			R\$
EXTRAS			R\$
			R\$
			R\$
SOMA R\$			
INSS			R\$
			R\$
TOTAL DO DESCONTO			R\$
SALDO A RECEBER			R\$

Nº	MANHÃ		TARDE		EXTRA		HORAS Extras	
	ENTRADA	SAÍDA	ENTRADA	SAÍDA	ENTRADA	SAÍDA		
16	08:32	12:03	12:58					
17	08:53	11:26	13:53					
18	Sábado							
19	Domingo							
20	08:59	12:05	12:45	17:32				
21	07:05	11:31	12:33					
22	09:04	11:45	12:42	17:36				
23	07:05	11:44	12:07	17:32				
24	06:56	11:28	12:05	17:38				
25	Sábado							
26	Domingo							
27	Afastado							
28	Afastado							
29	08:55	11:31	12:59	17:39				
30	08:56	11:30	12:47	17:25				
31	07:01							

Recebi o saldo acima mencionado e reconheço a exatidão destas anotações.

Simone C. Pires
 ASSINATURA DO EMPREGADO



SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO
Rua Lino de Mõro, 25, Inconfidentes - Tel: 3352-5604

DECLARAÇÃO DE FREQUÊNCIA

Em conformidade com o artigo 96, inciso IV, da Lei nº 2.160, declaramos que o (a) servidor (a) Sra. Consuelo de Faria Pires matrícula

em exercício na unidade escolar CEI Jardim do Divino participou da atividade de:

TEMA: III ENCONTRO TEMÁTICO - INCLUSÃO DA CRIANÇA COM DEFICIÊNCIA NA EDUCAÇÃO INFANTIL

DATA: 10/05/19

HORARIO: 8h às 11h30min ou 13h às 16h30min



Mayrceline
Mayrce Terezinha da Silva Freitas
Diretoria da Educação Infantil

ATESTO QUE O SERVIÇO FOI PRESTADO
E/OU MATERIAL FORNECIDO
10/05/19
[Signature]

ATESTO QUE O SERVIÇO FOI PRESTADO
E/OU MATERIAL FORNECIDO
10/05/19
[Signature]

ATESTADO MÉDICO

UPA 24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

igh
Instituto de
Gestão e
Humanização

PRESELA
CONTAGEM

SUS +

UPA SEDE

TEL.: 3352-5121

ATESTADO MÉDICO

Rua Joaquim Camargos
Centro - Contagem

Atesto para devidos fins que Dirceu Bruno de Freitas

inscrito no CPF sob o nº _____, paciente sob meus cuidados, não se
encontra em condições para o trabalho, devendo seu afastamento ser considerado
de 1 dias.

Contagem, 22, 5, 19

Dra. Yolanda Luz C. Brito
Médica
CRM 78320

ATESTO QUE O SERVIÇO FOI PRESTADO
E/OU MATERIAL FORNECIDO

13/6/19

ATESTO QUE O SERVIÇO FOI PRESTADO
E/OU MATERIAL FORNECIDO

13/6/19

142



Atestado que o(a) Sr(a) Summano Camarelho Pavia Pires
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 valido 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 01 (um) dias, a partir de 28 / 05 / 19 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, apartir 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

Petrolândia.

DATA

28 / 05 / 19

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

SMS-A11



ATESTO QUE O SERVIÇO FOI PRESTADO
E/OU MATERIAL FORNECIDO
13 / 6 / 19

ATESTO QUE O SERVIÇO FOI PRESTADO
E/OU MATERIAL FORNECIDO
13 / 6 / 19

Mostre ao seu novo companheiro os perigos que o cercam no trabalho.

Cada acidente é uma lição que deve ser apreciada, para evitar maiores desgraças.

Todo o acidente tem uma causa que é preciso ser pesquisada, para evitar a sua repetição.

Se você for acidentado, procure logo o socorro médico adequado. Não deixe que "entendidos" e "curiosos" concorram para o agravamento de sua lesão.

Se você não é electricista, não se meta a fazer serviços de electricidade.

Procure o socorro médico imediato, se você for vítima de um acidente, amanhã será tarde demais.

As máquinas não respeitam ninguém, mas você deve respeitá-las.

Atenda às recomendações dos Membros da CIPA e de seus mestres e chefes.

Conheça sempre as regras de segurança da seção onde você trabalha.

Conversa e discussão no trabalho predispõem a acidentes pela desatenção.

Leia e reflita sempre os ensinamentos contidos nos cartazes e avisos sobre prevenção de acidentes.

Os anéis, pulseiras, gravatas e mangas compridas não fazem parte do seu uniforme de trabalho.

Mantenha sempre as guardas protetoras das máquinas nos devidos lugares.

Pare a máquina quando tiver que consertá-la ou lubrificá-la.

Habitue-se a trabalhar protegido contra os acidentes. Use equipamentos de proteção adequados a seu serviço.

Conheça o manejo dos extintores e demais dispositivos de combate ao fogo existentes em seu local de trabalho. Você pode ter necessidade de usá-los algum dia.

MINISTÉRIO DO TRABALHO

SECRETARIA DE POLÍTICAS DE EMPREGO E SALÁRIO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL



Número 10.562 Série 0117/Mg

Assinatura de Simone Consuelo de Faria Pires
ASSINATURA DO PORTADOR

ATESTO QUE O SERVIÇO FOI PRESTADO
E/OU MATERIAL FORNECIDO
13/6/19

ATESTO QUE O SERVIÇO FOI PRESTADO
E/OU MATERIAL FORNECIDO
13/6/19

QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome: Simone Consuelo de Faria Pires
Loc. Nasc.: Contagem, Est. Mg, Data 11.09.71
Filiação: Raimundo João de Faria
Manga Raionizynda de Faria
Doc. n.º Mg-12.330.459 SSP/Mg



ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em: / / Doc. Ident. n.º: /
Exp. em: / / Estado: /
Obs.: /
Data Emissão: 25.10.99 DRT Mg

Assinatura do Funcionário

ALTERAÇÕES DE IDENTIDADE
(Com relação nome, est. civil e data nasc.)

Nome
Doc.
Nome
Doc.
Nome
Doc.
Est. Civil
Doc.
Est. Civil
Doc.
Nascimento
Doc.

140

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador: **02.411.691/0001-41**
ASSOCIAÇÃO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL
 JARDIM DAS OLIVEIRAS - ANJO
 CGC/MF: **JARDIM DAS OLIVEIRAS - ANJO**
 Rua: **Av. A, n.º 2.167 - B**
 Município: **Bairro Tropical - CEP: 32.870-040**
 Esp. de estabelecimento: **CONTAGEM - MG**
 Cargo: **Coordenador Pedagógico**
 CBO n.º: **2.394.05**

Data admissão: **07** de **Dezembro** de **2017**
 Registro n.º: Fls./Ficha:
 Remuneração especificada: **R\$ 2.978,60 (Dois mil novecentos e setenta e oito reais e sessenta centavos)**

Ass. do empregador ou a rogo c/test: **ASS. DE ASS. SOCIAL JARDIM DAS OLIVEIRAS - ANJO**
 1º 2º
 Data saída: de de 19 **2018**
 Ass. do empregador ou a rogo c/test: **ASS. DE ASS. SOCIAL JARDIM DAS OLIVEIRAS - ANJO**
 1º 2º
 Com. Dispensa CD N.º:

ATESTO QUE O SERVIÇO FOI PRESTADO
 E/OU MATERIAL FORNECIDO
13/6/19

ATESTO QUE O SERVIÇO FOI PRESTADO
 E/OU MATERIAL FORNECIDO
13/6/19

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador: **02.411.691/0001-41**
ASS. DE ASS. SOCIAL JARDIM DAS OLIVEIRAS - ANJO
 CGC/MF: **JARDIM DAS OLIVEIRAS - ANJO**
 Rua: **Av. A, n.º 2.167 - B**
 Município: **Bairro Tropical - CEP: 32.870-040**
 Esp. de estabelecimento: **CONTAGEM - MG**
 Cargo: **Coordenador Pedagógico**
 CBO n.º: **2.394.05**

Data admissão: **01** de **Fevereiro** de **2018**
 Registro n.º: Fls./Ficha:
 Remuneração especificada: **R\$ 3.127,53 (Três mil e cento e vinte e sete reais e cinquenta e três centavos)**

Ass. do empregador ou a rogo c/test: **ASS. DE ASS. SOCIAL JARDIM DAS OLIVEIRAS - ANJO**
 1º 2º
 Data saída: de de 19
 Ass. do empregador ou a rogo c/test:
 1º 2º
 Com. Dispensa CD N.º:



CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

Página: 1
Posição:
13/06/2019

CAIXA PROGRAMADO

RELATÓRIO DE AGENDAMENTOS - SALÁRIO - AMPLIAÇÃO DE BASE

CÓDIGO DO COMPROMISSO: 312943 NOME: ASSOCIACAO DE ASSISTENCIA SOCI

Período de 13/06/2019 até
13/06/2019FORMA DE CREDITO
PAGAMENTO: EM CONTA

Agendamento	CPF	NOME	BCO	AGÊNCIA	TIPO DE CONTA	CONTA CREDITADA	DT CREDITO	MOTIVO	VALOR	MOEDA	SITUAÇÃO
000163	050.054.566-94	SIMONE CONSUELO DE FARIA PIRES	104	1529	Conta Salário	000009184-5	13/06/2019		2.830,00	Real	REMETIDO
000164	032.897.356-48	MARLI PIRES GONCALVES DE ABREU	104	1529	Conta Salário	000002159-6	13/06/2019		1.416,00	Real	REMETIDO
000165	120.369.056-84	VALDINEIA BONINI RAMOS CONTARE	104	1529	Conta Salário	000012483-2	13/06/2019		1.189,00	Real	REMETIDO
000166	082.058.216-66	ROSA ALICE BONINI RAMOS CONTA	104	1529	Conta Salário	000012482-4	13/06/2019		1.155,00	Real	REMETIDO
000167	989.708.606-49	SOLANGE ROCHA O AMARAL	104	1529	Conta Salário	987861104-9	13/06/2019		3.219,00	Real	REMETIDO
000168	112.131.346-92	KELLEN PRISCILA P SILVA	104	1529	Conta Salário	987861113-8	13/06/2019		1.236,00	Real	REMETIDO
000169	010.647.216-05	LUZINETE A S FERREIRA	104	1529	Conta Salário	987861111-1	13/06/2019		1.236,00	Real	REMETIDO
000170	062.892.016-46	MARGARETE DE FATIMA E SIQUEIRA	104	1529	Conta Salário	987861109-0	13/06/2019		1.187,00	Real	REMETIDO
000171	107.352.046-32	PAULA GONCALVES PEREIRA	104	1529	Conta Salário	987861108-1	13/06/2019		1.155,00	Real	REMETIDO
000172	091.475.506-43	SANDRA S MAXIMO	104	1529	Conta Salário	987861105-7	13/06/2019		1.187,00	Real	REMETIDO
000173	060.731.736-10	VERA LUCIA C SANTOS	104	1529	Conta Salário	987861103-0	13/06/2019		1.054,00	Real	REMETIDO
000174	021.831.896-06	LOURDES DELIA SERVIAN	104	1529	Conta Salário	987841471-5	13/06/2019		1.599,00	Real	REMETIDO
TOTAL GERAL:									18.463,00		

Pag: 1-

ATESTO QUE O SERVIÇO FOI PRESTADO
E/OU MATERIAL FORNECIDO
13/6/19

ATESTO QUE O SERVIÇO FOI PRESTADO
E/OU MATERIAL FORNECIDO
13/6/19