

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**

000082 VANUSA APARECIDA LEITE DA SILVA - 02411691000141 Educadora Infantil 1

Cód.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
001	Salário Base	220:00	1.342,85	
999	Arredondamento do mes		0,60	
610	Arredondamento mes anterior			
903	INSS Folha			0,03
Atestado de 02/05/2019 até 06/05/2019 (036:40)			1.343,45	107,42
			Valor Líquido	107,45

Saldo Base	Sal. Contrib. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.342,85	1.342,85	1.342,85	107,42	1.235,43	

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE RECIBO
 DATA 13/06/19 ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO Vanusa Aparecida Leite da Silva

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

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

Conta: Banco Agência CI Conta C2 Série Cheque nº C3 RS
 018 04 1529 0 03006636-6 8 AAA 900378 9 R\$ 236,00

Pague por este cheque a quantia de (Hum mil duzentos e trinta e seis Reais) e centavos acima

a Venusia Aparecida Leite da Silva ou à sua ordem



contagem 13 de Junho de 20 19.
 Graciana Antunes

VALE VERDE
 PCA SILVIANO BRANDAO, E2
 CONTAGEM-MG
 CONFECÇÃO: 01/2019

ASSOCIAÇÃO DE ASSISTÊNCIA SOCI
 CNPJ 02.411.691/0001-41

CLIENTE BANCÁRIO
 DESDE 04/2003

900378 018 104 1529 0 03006636-6 8 AAA 900378 9

⑆00425294⑆ 0169003785⑆ 700300663663⑆

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

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

Nº de Ordem 14 Empregador ou Razão Social CEJTO.
 Ativ. Econ. 02411691/00044

Empregado Vanusa P. L. da Silva
 Nº Reg. Ed. Inf.

Mês Maio Ano 20 Local de Trabalho

Hr. de Trab. Entrada Intervalo p/ Refeição Saída Rep. Semanal

HORAS Normais	MANHÃ		TARDE		EXTRA		HORAS Extras
	ENTRADA	SAÍDA	ENTRADA	SAÍDA	ENTRADA	SAÍDA	
1	Feriado						
2	Atestado						
3	Atestado						
4	Sabado						
5	Domingo						
6	Atestado						
7	07:51	11:09	11:51	17:15			
8	07:45	11:08	11:58	17:14			
9	07:42	11:08	11:58	17:24			
10	07:43	11:02	11:55	17:10			
11	Sabado						
12	Domingo						
13	07:43	11:05	11:55	17:17			
14	07:46	11:06	11:56	17:15			
15	07:46	11:08	11:51	17:10			

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

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

HORAS Normais	MANHÃ		TARDE		EXTRA		HORAS Extras
	ENTRADA	SAÍDA	ENTRADA	SAÍDA	ENTRADA	SAÍDA	
16	07:42	11:04	11:55	17:12			
17	07:48	11:08	11:58	17:10			
18	Sabado						
19	Domingo						
20	07:41	11:08	11:58	17:28			
21	07:47	11:09	11:56				
22	07:39	11:10	11:56	17:11			
23	07:52	11:12	11:56	17:07			
24	07:46	11:05	11:49	17:14			
25	Sabado						
26	Domingo						
27	07:43	11:05	11:55	17:09			
28	07:44	11:05	11:54	17:10			
29	07:42	11:05	11:55	17:14			
30	07:44	11:09	11:56	17:15			
31	07:45	11:05					

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

Vanusa Aparecida Leite Silva
ASSINATURA DO EMPREGADO

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

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

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

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



Prefeitura Municipal de Contagem
Secretaria Municipal de Saúde
ATESTADO

Unidade de Referência para Saúde da Família
Distrito Petrolândia - SMS Contagem
Rua Renata Duque de Caxias, nº 297
Bairro Petrolândia - CEP 32.072-170
Tel.: 3352-5261 / 3352-5306

Atesto que o(a) Sr(a) Vanusa Aparecida Leite de Silva
portador da Carteira Profissional nº _____
e Carteira de Identidade nº _____

Não apresenta ao exame clínico de rotina realizada 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.

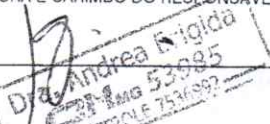
Necessita permanecer afastado do trabalho por 05 (cinco) dias, a partir de 02/5/19 por motivo de doença CID. A90 (a pedido do paciente). (Este atestado é válido p/ finalidades previstas no art. 143 § 1º do Decreto 2172 de 05/03/97, e Resolução CFM 1190/84 e será expedido para justificar o afastamento 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
2/5/19.

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

Dra. Andrea Rigida
CRM 53085
CONTROLE 753697

SMS-A11

84

TRABALHADOR

Esta é a sua **Carteira de Trabalho - CTPS**, instituída pelo então Presidente Getúlio Vargas, por intermédio do Decreto nº. 22.035 de 29.10.1932 e posteriormente reformulada pelo Decreto-lei nº. 5.452 de 01.05.1945 que aprovou a CLT. Ela é o documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.

Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a obtenção da aposentadoria e demais benefícios Previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro desemprego e ao Fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS.

O conjunto de anotações contido neste documento e o seu estado de conservação, espelham a conduta, a qualificação e as atividades profissionais do seu portador.

Pela sua importância, é seu dever protegê-la e cuidá-la, pois além de conter o registro de sua vida Profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribui para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação.

CONFECCIONADA COM RECURSOS DO FAT - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR.

VISITE O PORTAL MTE: www.mte.gov.br



MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

PIS/PASEP 151.01061.27-5

NÚMERO 7821678

SÉRIE 0030

UF MG

Vanusa Aparecida Leite da Silva

ASSINATURA DO TITULAR



ATESTO QUE O SERVIÇO FOI PRESTADO E/OU MATERIAL FORNECIDO

13/06/19

ATESTO QUE O SERVIÇO FOI PRESTADO E/OU MATERIAL FORNECIDO

13/06/19

QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO

VANUSA APARECIDA LEITE DA SILVA

FILIAÇÃO: JOAO RITA LEITE
 MARIA IVANILDE LEITE
 NASCIMENTO: 05/09/1968
 SEXO: FEMININO
 ESTADO CIVIL: CASADO
 NATURALIDADE: DIVINÓPOLIS - MG
 DOCUMENTO: R.G. MG-5.635.094 PCMG MG 22/05/2007
 LEI Nº 9.048, DE 18 DE MAIO DE 1995
 CPF: 818.095.146-49
 CNH: 03950034800
 TIT. ELEITOR: 88522120256
 SEÇÃO: 0191
 ZONA: 080
 LOCAL/DATA DE EMISSÃO: GRTEAMG - 03/08/2011

ASSINATURA DO EMISSOR

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

FILIAÇÃO _____
 DATA DE NASC. DE _____ PARA _____
 DOCUMENTO _____
 ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR _____ MOTIVO _____

NOME _____
 DOCUMENTO _____
 ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR _____ MOTIVO _____

NOME _____
 DOCUMENTO _____
 ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR _____ MOTIVO _____

NOME _____
 DOCUMENTO _____
 ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR _____ MOTIVO _____

LEGENDA

A - CASAMENTO | C - DIVÓRCIO | E - RECONHECIMENTO DE PATERNIDADE | G - DATA DE NASCIMENTO
 B - SER. JUDICIAL | D - ADOÇÃO | F - MUDANÇA VOLUNTÁRIA

03

CONTRATO DE TRABALHO
02.411.691/0001-41

EMPREGADOR
 ASS. DE ASS. SOCIAL JARDIM DAS OLIVEIRAS - ANJO

CCC/CPF/CEI
 AV: A, n.º 2.167 - B

ENDEREÇO
 Bairro Tropical - CEP: 32.070-040

MUNICÍPIO
CONTAGEM - MG UF.

ESP. DO ESTABELECIMENTO

CARGO
 Educadora Infantil I

CBO Nº. 33105

DATA DE ADMISSÃO... 01... DE... ~~fevereiro~~... DE 2019

REGISTRO Nº..... FLS. / FICHA.....

REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA... R\$ 1.283,68 (um mil e...
 duzentos e oitenta e três reais e sessenta e oito centavos)

ASS. DE ASS. SOCIAL JARDIM DAS OLIVEIRAS - ANJO

DATA DE SAÍDA..... DE..... DE.....

COM. DISPENSA CD Nº.....

FGTS Nº DA CONTA.....

08

CONTRATO DE TRABALHO

EMPREGADOR.....

CCC/CPF/CEI.....

ENDEREÇO.....

MUNICÍPIO..... UF.....

ESP. DO ESTABELECIMENTO.....

CARGO.....

CBO Nº.....

DATA DE ADMISSÃO..... DE..... DE.....

REGISTRO Nº..... FLS. / FICHA.....

REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA.....

DATA DE SAÍDA..... DE..... DE.....

COM. DISPENSA CD Nº.....

FGTS Nº DA CONTA.....

09

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

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

ANOTAÇÕES GERAIS

(Anotações autorizadas por lei)

CONTRATO DE TRABALHO

Portador admitido em caráter experimental pelo prazo de 45 dias, à partir de 01/06/19, podendo ser prorrogado, conforme Artigo 445, parágrafo único da CLT.

ASS. DE ASS. SOCIAL JARDIM DAS OLIVEIRAS - ANJO

ANOTAÇÕES GERAIS

(Anotações autorizadas por lei)

ATESTO QUE O SERVIÇO FOI PRESTADO E/OU MATERIAL FORNECIDO

13/06/19

ATESTO QUE O SERVIÇO FOI PRESTADO E/OU MATERIAL FORNECIDO

13/06/19

81