

22/06/2018 - BANCO DO BRASIL - 10:02:57
050300503 SEGUNDA VIA 0006

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: CENTRO INFANTIL E SOCIAL
AGENCIA: 0503-7 CONTA: 92.857-7

DATA DA TRANSFERENCIA 22/06/2018
NR. DOCUMENTO 555.875.000.011.649
VALOR TOTAL 1.027,00

***** TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LEIDIANE M SANTOS BARBOSA
AGENCIA: 5875-0 CONTA: 11.649-1

NR. DOCUMENTO 550.503.000.092.857

NR. AUTENTICACAO 4.9FC.66F.BE7.8C7.E16

ATESTO QUE O SERVIÇO
FOI PRESTADO E/OU
MATERIAL FORNECIDO

22.06.2018

Leidiane M Santos Barbosa
Leidiane M Santos Barbosa 072 01078658

00017 CENTRO SOC EDUC PEQUENO PRINCIPE				Demonstrativo de Pagamento de Salário	
AV DR ANTONIO CHAGAS DINIZ, 107				16840803000194	
01/05/2018 a 31/05/2018 GERAL					
00027 LEIDIANE MAURA SANTOS BARBOSA			AUX SERVICOS GERAIS		
Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
001	Salario Base	030,00	1.013,00		
599	Salário Família	003,00	95,13		
999	Arredondamento no Mes		0,64		
610	Desc Arredondamento Mes Anterior			0,73	
903	INSS Folha			81,04	
			1.108,77	81,77	
			Valor Líquido	1.027,00	
Saldo Base	Sal. Contri. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.013,00	1.013,00	8,00	1.013,00	81,04	363,19
DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE RECIBO					
22/06/2018		<i>Leidiane M Santos Barbosa</i>			
DATA		ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO			

118

HORAS	AR\$	IOFAS
NORMAIS	R\$	
EXTRAS	R\$	
DESC. REMUN	R\$	
SOMA		
INSS	R\$	
IR - FONTE (DEDUÇÕES)	R\$	
VALOR IR - F	R\$	
TOTAL DOS DESCONTOS	R\$	
SALARIO/FAMILIA	R\$	
SALDO A RECEBER	R\$	

2ª QUINZENA

Nº DE DIAS	MANHÃ		TARDE		EXTRA		Horas Extras
	Entrada	Saida	Entrada	Saida	Entrada	Saida	
16	06:30	12:00	13:00	18:00			
17	06:30	12:00	13:00	18:00			
18	06:30	12:00	13:00	18:00			
19							
20	06:30	12:00	13:00	18:00			
21	06:30	12:00	13:00	18:00			
22	06:30	12:00	13:00	18:00			
23	06:30	12:00	13:00	18:00			
24	06:30	12:00	13:00	18:00			
25	06:30	12:00	13:00	18:00			
26							
27							
28	06:30	12:00	13:00	18:00			
29							
30	06:30	12:00	13:00	18:00			
31							

Recebi o saldo acima mencionado
 DATA 01/05/18
 REGISTRO DE OCORRENCIAS

Nº ORDEM EMPREGADOR OU RAZÃO SOCIAL
CENTRO SOCIAL E EDUCACIONAL PEQUENO PRINCIFE

C.N.P.J. ATIVIDADE ECONÔMICA

EMPREGADO **Antônio M. S. Barbosa**

Nº REGISTRO Nº CPF

LOCAL DO TRABALHO **Av. São Yvens**

MÊS **maio** ANO **2018**

1ª QUINZENA

Nº DE DIAS	MANHÃ		TARDE		EXTRA		Horas Extras
	Entrada	Saida	Entrada	Saida	Entrada	Saida	
1							
2	06:30	12:00	13:00	18:00			
3	06:30	12:00	13:00	18:00			
4	06:30	12:00	13:00	18:00			
5							
6	06:30	12:00	13:00	18:00			
7	06:30	12:00	13:00	18:00			
8	06:30	12:00	13:00	18:00			
9	06:30	12:00	13:00	18:00			
10	06:30	12:00	13:00	18:00			
11							
12							
13							
14	06:30	12:00	13:00	18:00			
15	06:30	12:00	13:00	18:00			

*De conformidade com a Portaria Mtb nº 3859/91 de 13/11/91, este Cartão de Ponto, substitui, para todos os efeitos, o Quadro de Horário de Trabalho e Ficha de Horário de Trabalho Externo.

Milbra COD 15019 TIPO RIB



Prefeitura Municipal de Contagem
Secretaria Municipal de Saúde
ATESTADO



Atesto que o(a) Sr(a) Leandro M. S. Brito

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 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 15 dias, a partir de 30/05/18 por motivo de doença CID. _____ (a pedido do paciente). (Este atestado é válido para finalidades previstas no art. 146 § 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.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
MUNICÍPIO DE CONTAGEM - MG
AV. Antônio Carlos de Oliveira, 4499
FONE: (31) 3363-5300

UNIDADE DE SAÚDE _____

DATA

30/05/18

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

[Handwritten signature]