

CEPA - Centro de Apoio Promocional e Educacional Santo Hermann José

Folha de Pagamento de Salários EMENDA PARLAMENTAR 009/2018

"TRUPE DO BEM"

Referente á DEZEMBRO de 2018

NOME	Salários	Salário família	Total Salário	INSS	vale transp.	paf saúde	plano Odontol	Seguro de vida	ASSINATURAS	
									Liquido á Receber	
Anna Karla Duarte de Mello	R\$ 1.015,00	R\$ 63,42	R\$ 1.078,42	R\$ 81,20	R\$ 60,90			R\$ 4,15	R\$ 932,17	<i>Anna Karla Duarte de Mello</i>
Maria da Glória Alves Santiago	R\$ 1.288,37		R\$ 1.288,37	R\$ 103,06		R\$ 45,00		R\$ 4,15	R\$ 1.136,16	<i>Maria da Glória Alves Santiago</i>
Maria Marta Borges e Silva	R\$ 1.925,75		R\$ 1.925,75	R\$ 173,31				R\$ 4,15	R\$ 1.748,29	<i>Maria Marta Borges e Silva</i>
TOTAL	R\$ 4.229,12	R\$ 63,42	R\$ 4.292,54	R\$ 357,57	R\$ 60,90	R\$ 45,00	-	R\$ 12,45	R\$ 3.816,62	

ATESTO QUE O SERVIÇO FOI
 PRESTADO E/OU MATERIAL
 FORNECIDO 08/02/2019
M. Silva
 M766374 M4955520

CENTRO DE APOIO PROMOCIONAL E EDUCACION. S.HERMANN JOSE
00.244.388/0001-76

Rua R JUCA FONTES , 480 - Bairro BELA VISTA - Contagem

Demonstrativo de Pagamento

Func.: 000020 - Maria da Glória Alves Santiago		Período: 12/2018
Cargo: 0005 - Auxiliar Administrativo	Matrícula:	CTPS: 2820609 / 00040
Depto.: 001 - Administrativo	Admissão: 01/08/2018	CPF: 742.078.496-53

Verbas	Referência	Vencimentos	Descontos
0001 - Salário Contratual	30,00	1.288,37	
0214 - Seguro			4,15
0520 - Desconto INSS	8,00		103,06
1003 - Plano de Assist. Familiar	1,00		45,00

ATESTO QUE O SERVIÇO FOI
PRESTADO E/OU MATERIAL
FORNECIDO 06/01/2019
Maria da Glória Alves Santiago
M786314 MR320798

Total:	1.288,37	Total:	152,21
Valor Líquido			1.136,16

Recebi o valor líquido, acima descrito em 06/01/19 Assinatura: Maria da Glória Alves Santiago

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	FGTS do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.288,37	1.288,37	1.288,37	103,06	2.370,62	

CENTRO DE APOIO PROMOCIONAL E EDUCACIONAL SANTO HERMANN JOSÉ - CEE

CNPJ : 00.244388/0001-76

FOLHA DE PRESENÇA : MÊS Dezembro DE 2018FUNCIONÁRIO (A) : maria da glória Alves Santiago

DATA	ENTRADA SAÍDA		INTERVALO		ASSINATURA
	ENTRADA	SAÍDA	ENTRADA	SAÍDA	
01/12/18	SÁBADO		SÁBADO		SÁBADO
02/12/18	DOMINGO		DOMINGO		DOMINGO
03/12/18	08:00	17:00	12:40	13:40	Maria da Glória Alves Santiago
04/12/18	08:00	17:00	12:45	13:45	Maria da Glória Alves Santiago
05/12/18	08:00	17:00	12:45	13:45	Maria da Glória Alves Santiago
06/12/18	10:00	17:00	12:45	13:45	Maria da Glória Alves Santiago
07/12/18	08:00	17:00	12:45	13:45	Maria da Glória Alves Santiago
08/12/18	SÁBADO		SÁBADO		SÁBADO
09/12/18	DOMINGO		DOMINGO		DOMINGO
10/12/18	08:00	17:00	12:45	13:45	Maria da Glória Alves Santiago
11/12/18	08:00	17:00	12:45	13:45	Maria da Glória Alves Santiago
12/12/18	07:00	17:30	12:30	13:30	Maria da Glória Alves Santiago
13/12/18	08:00	17:00	12:45	13:45	Maria da Glória Alves Santiago
14/12/18	08:00	17:00	12:45	13:45	Maria da Glória Alves Santiago
15/12/18	SÁBADO		SÁBADO		SÁBADO
16/12/18	DOMINGO		DOMINGO		DOMINGO
17/12/18	08:00	17:00	12:45	13:45	Maria da Glória Alves Santiago
18/12/18	08:00	17:30	12:45	13:45	Maria da Glória Alves Santiago
19/12/18	08:00	17:00	12:45	13:45	Maria da Glória Alves Santiago
20/12/18	08:00	17:00	12:30	13:30	Maria da Glória Alves Santiago
21/12/18	08:00	19:00	12:30	13:30	Maria da Glória Alves Santiago
22/12/18	SÁBADO		SÁBADO		SÁBADO
23/12/18	DOMINGO		DOMINGO		DOMINGO
24/12/18	RECESSO		RECESSO		RECESSO
25/12/18	FERIADO		FERIADO		FERIADO
26/12/18	RECESSO		RECESSO		RECESSO
27/12/18	RECESSO		RECESSO		RECESSO
28/12/18	RECESSO		RECESSO		RECESSO
29/12/18	SÁBADO		SÁBADO		SÁBADO
30/12/18	DOMINGO		DOMINGO		DOMINGO



Prefeitura Municipal de Contagem
Secretaria Municipal de Saúde
ATESTADO



Atesto que o(a) Sr(a) Maria de Jesus P. Santos

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 07:00 às 12:00 horas.

Necessita permanecer afastado do trabalho por _____ (_____) dias, a partir de ____ / ____ / ____ 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, 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 caso de rasura e de preenchimento de mais de um campo.

UNIDADE DE SAÚDE

DATA

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL