

00025 Centro de A. P. e Educacional Santo Hernann José **Demonstrativo de Pagamento de Salário**
 Rua Juca Fontes, 480
 01/09/2019 a 30/09/2019 Trupe do Bem - Termo de Fomento 009-201 00244388000176

000008 Alberto Magno Pontes Serviços Gerais

Cód.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
001	Salario Base	030,00	1.050,00	
631	Seguro de Vida			4,33
903	INSS Folha			84,00

**ATESTO QUE O SERVIÇO FOI
 PRESTADO E/OU MATERIAL
 FORNECIDO 07/10/19**
Alberto Magno Pontes
 M. 166319 M. 1495550

			1.050,00	88,33
			Valor Líquido	961,67

Saldo Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.050,00	1.050,00	8,00	1.050,00	84,00	966,00

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE RECIBO
 07/10/2019 *Alberto Magno Pontes*
 DATA ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO

[Handwritten signature]

Série Número 850006

Pago a Alberto

Data 07/10/19

Saldo Anterior

Total

Este Cheque 961,67

Saldo

ATESTO QUE O SERVIÇO FOI PRESTADO E/OU MATERIAL FORNECIDO 07/10/19
Alberto Fontes
M 466314 14955520

Comp Banco Agência DV C1 Conta C2 Série Cheque N° C3
018 001 1633 0 6 66.295-X 4 800 850006 1 R\$ # 961,67 #

Pague por este cheque a quantia de noventa e sessenta e um reais e sessenta e sete centavos e centavos acima

a Alberto Magno Fontes ou à sua ordem

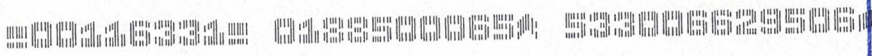
Fontes de 07 de Outubro de 2019

Alberto Magno Fontes
CENTRO DE APOIO PROMOCIONAL E EDUCACIONAL SANTO HERMANN JOSE
CNPJ 00.244.388/0001-76
CLIENTE BANCARIO DESDE 11/1994

BANCO DO BRASIL

ELDORADO MG
00.000.000/3531.91
AV JOAO C. DE OLIVEIRA
2669 - EMPRESAS
CONFECCAO: 09/2019

ATESTO QUE O SERVIÇO FOI PRESTADO E/OU MATERIAL FORNECIDO 07/10/19
Alberto Fontes
M 466314 14955520



-34

CENTRO DE APOIO PROMOCIONAL E EDUCACIONAL SANTO HERMANN JOSÉ -CEPA

CNPJ : 00.244388/0001-76

FOLHA DE PRESENÇA : MÊS setembro DE 2019

FUNCIONÁRIO (A) : Alberto Magno Pontes

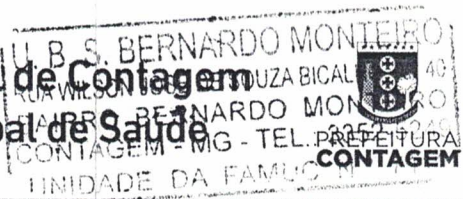
DATA	ENTRADA		SAÍDA		ASSINATURA
	ENTRADA	SAÍDA	ENTRADA	SAÍDA	
01/09/19	DOMINGO		DOMINGO		DOMINGO
02/09/19	08:00	17:00	12:30	13:30	Alberto Magno
03/09/19	08:00	17:00	12:30	13:30	Alberto Magno
04/09/19	08:00	17:00	12:30	13:30	Alberto Magno
05/09/19	08:00	17:00	12:30	13:30	Alberto Magno
06/09/19	08:00	14:00			Alberto Magno
07/09/19	SÁBADO		SÁBADO		SÁBADO
08/09/19	DOMINGO		DOMINGO		DOMINGO
09/09/19	08:00	17:00	12:30	13:30	Alberto Magno
10/09/19	08:00	17:00	12:30	13:30	Alberto Magno
11/09/19	08:00	17:00	12:30	13:30	Alberto Magno
12/09/19	08:00	17:00	12:30	13:30	Alberto Magno
13/09/19	08:00	17:00	12:30	13:30	Alberto Magno
14/09/19	SÁBADO		SÁBADO		SÁBADO
15/09/19	DOMINGO		DOMINGO		DOMINGO
16/09/19	08:00	17:00	12:30	13:30	Alberto Magno
17/09/19	08:00	13:45	12:30	13:30	Alberto Magno
18/09/19	08:00	17:00	12:30	13:30	Alberto Magno
19/09/19	08:00	17:00	12:30	13:30	Alberto Magno
20/09/19	ATESTADO		ATESTADO		ATESTADO
21/09/19	SÁBADO		SÁBADO		SÁBADO
22/09/19	DOMINGO		DOMINGO		DOMINGO
23/09/19	08:00	17:00	12:30	13:30	Alberto Magno
24/09/19	08:00	17:00	12:30	13:00	Alberto Magno
25/09/19	08:00	17:00	12:30	13:00	Alberto Magno
26/09/19	08:00	17:00	12:30	13:30	Alberto Magno
27/09/19	08:00	17:00	12:30	13:30	Alberto Magno
28/09/19	SÁBADO		SÁBADO		SÁBADO
29/09/19	DOMINGO		DOMINGO		DOMINGO
30/09/19	08:00	17:00	12:30	13:30	Alberto Magno
31/09/19					

Obs: nos dias 24 e 25 de setembro de 2019 o funcionário Alberto Magno Pontes registrou o horário de almoço incorreto. O correto é de 12:30 às 13:30. *Osilva*



Prefeitura Municipal de Contagem

Secretaria Municipal de Saúde



ATESTADO MÉDICO

Atesto que o(a) Sr(a) Almir Major Pontes
portador da Carteira Profissional nº _____
e Carteira de Identidade nº _____

Não apresenta ao exame clínico de rotina realizado nesta data sinais de doença 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 01 (um) dias, a partir de 20/09/19 por motivo de doença CID. _____ (a pedido do paciente). (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).

Deverá afastar-se do trabalho no período de _____ (_____) dias, a partir de _____ / _____ / _____ conforme o dispositivo 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:

20/09/19

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

