

00025 Centro de A. P. e Educacional Santo Hermann José		Demonstrativo de Pagamento de Salário			
Rua Juca Fontes, 480		Seduc - Termo de Colaboração 014-2019		00244388000176	
01/11/2019 a 30/11/2019					
000006 Adalecia Alves Pacheco Patricio				Monitora	
Cód.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
001	Salario Base	030,00	1.764,02		
631	Seguro de Vida			4,33	
632	Plano de Assistência Familiar			31,00	
604	Desc Vale Transporte			105,84	
903	INSS Folha			158,76	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;"> <p>ATESTO QUE O SERVIÇO FOI PRESTADO E/OU MATERIAL FORNECIDO 05/12/19 <i>M. S. Silva</i> M. 466314 114955520</p> </div>			1.764,02	299,93	
			Valor Líquido	1.464,09	
Saldo Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.764,02	1.764,02	9,00	1.764,02	141,12	1.226,08
DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE RECIBO					
05/12/2019		<i>Adalecia Alves Pacheco Patricio</i>			
DATA		ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO			



G334051352700011011
05/12/2019 13:57:14

Transferência entre contas diversas

Debitado

Nome C A P E S HERMANN JOSE
Agência 503-7
Conta corrente 65396-9

Creditado

Nome ADALECIA A P PATRICIO
Agência 2818-5
Conta corrente 132697-X
Valor 1.464,09
Data Nesta data

Assinada por JB318942 ELIZABETH PIMENTA 05/12/2019 13:34:42
JD342292 ISABELA BASTOS DOS 05/12/2019 13:57:14

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: JD342292 ISABELA BASTOS DOS.

**ATESTO QUE O SERVIÇO FOI
PRESTADO E/OU MATERIAL
FORNECIDO 05/12/19**
Isabela Bastos
M166314 M4955520

CENTRO DE APOIO PROMOCIONAL E EDUCACIONAL SANTO HERMANN JOSÉ -CEPA

CNPJ : 00.244388/0001-76

FOLHA DE PRESENÇA : MÊS novembro DE 2019FUNCIONÁRIO (A) : Adelécia Alves Pacheco Patrício

			INTERVALO		
DATA	ENTRADA	SAÍDA	ENTRADA	SAÍDA	ASSINATURA
01/11/19	8:00	17:00	12:30	13:30	<i>Adaltes</i>
02/11/19	SÁBADO		SÁBADO		SÁBADO
03/11/19	DOMINGO		DOMINGO		DOMINGO
04/11/19	8:20	17:00	12:30	13:30	<i>Adaltes</i>
05/11/19	8:15	17:00	12:30	13:30	<i>Adaltes</i>
06/11/19	DECLARAÇÃO		DECLARAÇÃO		DECLARAÇÃO
07/11/19	8:20	17:00	12:30	13:30	<i>Adaltes</i>
08/11/19	8:00	17:00	12:30	13:30	<i>Adaltes</i>
09/11/19	SÁBADO		SÁBADO		SÁBADO
10/11/19	DOMINGO		DOMINGO		DOMINGO
11/11/19	8:00	17:00	12:30	13:30	<i>Adaltes</i>
12/11/19	8:00	17:00	12:30	13:30	<i>Adaltes</i>
13/11/19	8:00	17:00	12:30	13:30	<i>Adaltes</i>
14/11/19	8:00	17:00	12:30	13:30	<i>Adaltes</i>
15/11/19	FERIADO		FERIADO		
16/11/19	SÁBADO		SÁBADO		SÁBADO
17/11/19	DOMINGO		DOMINGO		DOMINGO
18/11/19	8:20	17:00	12:30	13:30	<i>Adaltes</i>
19/11/19	8:00	17:00	12:30	13:30	<i>Adaltes</i>
20/11/19	FERIADO		FERIADO		FERIADO
21/11/19	8:00	17:00	12:30	13:30	<i>Adaltes</i>
22/11/19	8:15	17:00	12:30	13:30	<i>Adaltes</i>
23/11/19	SÁBADO		SÁBADO		SÁBADO
24/11/19	DOMINGO		DOMINGO		DOMINGO
25/11/19	8:10	17:00	12:30	13:30	<i>Adaltes</i>
26/11/19	8:15	17:00	12:30	13:30	<i>Adaltes</i>
27/11/19	8:00	17:00	12:30	13:30	<i>Adaltes</i>
28/11/19	8:00	17:00	12:30	13:30	<i>Adaltes</i>
29/11/19	8:00	17:00	12:30	13:30	<i>Adaltes</i>
30/11/19	SÁBADO		SÁBADO		SÁBADO
31/11/19	DOMINGO		DOMINGO		DOMINGO

Atesto que o(a) Sr(a) Adalécia A. Pacheco
 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 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)

**CENTRO MATERNO INFANTIL
 JUVENTINA PAULA DE JESUS
 Av. João César de Oliveira, 4495
 Bairro Cinco - Tel: 3363-5300**

Compareceu nesta data para consulta / exame, tendo permanecido na unidade no período de 10:00 as 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/-3/97 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 HMC

DATA 06/11/19 ASSINATURA E CAIM O DO Dr. R. ...
