

00025 Centro de A. P. e Educacional Santo Hernann José		Demonstrativo de Pagamento de Salário			
Rua Juca Fontes, 480		Seduc - Termo de Colaboração 014-2019		00244388000176	
01/10/2019 a 31/10/2019					
000002 Isaura da Conceição Duarte				Serviços Gerais	
Cód.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
001	Salario Base	030,00	1.050,00	4,33	
631	Seguro de Vida			84,00	
903	INSS Folha				
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;"> <p>ATESTO QUE O SERVIÇO FOI PRESTADO E/OU MATERIAL FORNECIDO 06/11/19 <i>M. Silveira Antunes</i> M766314 M4955520</p> </div>			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					
06 / 11 / 2019		<i>Isaura da Conceição Duarte</i>			
DATA		ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO			



37



G332061324685201014
06/11/2019 13:39:45

Transferência entre contas diversas

Debitado

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

Creditado

Nome ISAURA CONCEICAO DUARTE
Agência 1633-0
Conta corrente 13517-8
Valor 961,67
Data Nesta data

ATESTO QUE O SERVIÇO FOI
PRESTADO E/OU MATERIAL
FORNECIDO 06/11/19
M. Silva Bastos
M466314 M4955520

Assinada por JB318942 ELIZABETH PIMENTA 06/11/2019 10:40:51
JD342292 ISABELA BASTOS DOS 06/11/2019 13:39:45

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: JD342292 ISABELA BASTOS DOS.



CENTRO DE APOIO PROMOCIONAL E EDUCACIONAL SANTO HERMANN JOSÉ -CEPA

CNPJ : 00.244388/0001-76

FOLHA DE PRESENÇA : MÊS Outubro DE 2019

FUNCIONÁRIO (A) : Isaura da Conceição Duarte

DATA	ENTRADA		SAÍDA		INTERVALO	ASSINATURA
01/10/19	8:00	17:00	12:30	13:30		Isaura da Conceição
02/10/19	8:00	17:00	12:30	13:30		Isaura da Conceição
03/10/19	8:00	17:00	12:30	13:30		Isaura da Conceição
04/10/19	8:00	17:00	12:30	13:30		Isaura da Conceição
05/10/19	SÁBADO		SÁBADO			SÁBADO
06/10/19	DOMINGO		DOMINGO			DOMINGO
07/10/19	8:00	17:00	12:30	13:30		Isaura da Conceição
08/10/19	8:00	14:30	12:30	13:30		Isaura da Conceição
09/10/19	8:00	17:30	12:30	13:30		Isaura da Conceição
10/10/19	8:00	17:00	12:30	13:30		Isaura da Conceição
11/10/19	8:00	17:00	12:30	13:30		Isaura da Conceição
12/10/19	SÁBADO		SÁBADO			SÁBADO
13/10/19	DOMINGO		DOMINGO			DOMINGO
14/10/19	RECESSO		RECESSO			RECESSO
15/10/19	RECESSO		RECESSO			RECESSO
16/10/19	RECESSO		RECESSO			RECESSO
17/10/19	RECESSO		RECESSO			RECESSO
18/10/19	RECESSO		RECESSO			RECESSO
19/10/19	SÁBADO		SÁBADO			SÁBADO
20/10/19	DOMINGO		DOMINGO			DOMINGO
21/10/19	8:00	17:00	12:30	13:30		Isaura da Conceição
22/10/19	8:00	17:00	12:30	13:30		Isaura da Conceição
23/10/19	8:00	17:00	12:30	13:30		Isaura da Conceição
24/10/19	8:00	14:10	12:30	13:30		Isaura da Conceição
25/10/19	8:00	17:00	12:30	13:30		Isaura da Conceição
26/10/19	SÁBADO		SÁBADO			SÁBADO
27/10/19	DOMINGO		DOMINGO			DOMINGO
28/10/19	8:00	17:00	12:30	13:30		Isaura da Conceição
29/10/19	8:00	17:00	12:30	13:30		Isaura da Conceição
30/10/19	8:00	17:00	12:30	13:30		Isaura da Conceição
31/10/19	ATESTADO		ATESTADO			ATESTADO

Obs: dia 08/10/19 - o horário correto da saída é 14:30 hs.



Prefeitura Municipal de Contagem
Secretaria Municipal de Saúde

UBS BERNARDO MONTEIRO
 RUA BICALHO
 BERNARDO MONTEIRO
 PREFEITURA
 CONTAGEM
 CONTAGEM - MG - TEL.: 3352-5249 CEP: 32013-000

ATESTADO MÉDICO

Atesto que o(a) Sr(a) Isabella Conceição
portador da Carteira Profissional nº Declar
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 03 (três) dias, a partir de 31/01/19 por motivo de doença CID. R-17 (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:
31/01/19

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL
Paula Eder Silva Albernaz
70.137.378.930.004
CRM nº 11612