

000024

00025 Centro de A. P. e Educacional Santo Hernann José		Demonstrativo de Pagamento de Salário			
Rua Juca Fontes, 480		Trupe do Bem - Termo de Fomento 009/2021		00244388000176	
01/10/2021 a 31/10/2021		Coordenador administrativo			
000020 Maria Marta Borges e Silva					
Cód.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
002	Salario Base Horista	100:00	1.450,00		
142	DSR Ref Salario		348,00		
274	Férias + 1/3 – Contrato Intermitente		199,78		
273	Décimo Terceiro - Contrato Intermitente		149,83		
631	Seguro de Vida			4,62	
897	INSS 13º Salário (Antecipação)			11,23	
903	INSS Folha			163,30	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;"> <p>ATESTO QUE O SERVIÇO FOI PRESTADO E/OU MATERIAL FORNECIDO <u>04/11/2021</u> <i>Marta Borges e Silva</i> MG12359698 MG495550</p> </div>			2.147,61	179,15	
			Valor Líquido	1.968,46	
Saldo Base	Sal. Contri. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
14,50	1.997,78	8,17	2.147,61	171,80	1.984,31
DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE RECIBO					
<u>04/11/2021</u>		<i>Marta Borges e Silva</i>			
DATA		ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO			



Transferência entre contas diversas

Debitado

Nome CENTRO DE APOIO PROMOCION
Agência 503-7
Conta corrente 76774-3

000025

Creditado

Nome MARIA MARTA BORGES E SILV
Agência 5679-0
Conta corrente 60735-5
Valor 1.968,46
Destinação 0
Data Nesta data

ATESTO QUE O SERVIÇO FOI
PRESTADO E/OU MATERIAL
FORNECIDO 04/11/2021
[Handwritten signatures]
MG32.359698 MG4.955520

Assinada por JB318942 ELIZABETH PIMENTA
JD342292 ISABELA BASTOS DOS

04/11/2021 16:17:43
04/11/2021 16:34:27

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: JD342292 ISABELA BASTOS DOS.

CNPJ : 00.244388/0001-76

000026

34

FOLHA DE PONTO : MÊS

OUTUBRO

DE 2021

Funcionária(o) : Maria Marta Borges e Silva

DATA	ENTRADA		INTERVALO		ASSINATURA
	ENTRADA	SAÍDA	ENTRADA	SAÍDA	
01/10/21					
02/10/21	SÁBADO		SÁBADO		SÁBADO
03/10/21	DOMINGO		DOMINGO		DOMINGO
04/10/21	9:00	17:05	12:30	13:30	Marta Silva
05/10/21	9:00	17:00	12:30	13:30	Marta Silva
06/10/21	11:00	15:00	12:30	12:45	Marta Silva
07/10/21	13:00	16:00	-	-	Marta Silva
08/10/21					
09/10/21	SÁBADO		SÁBADO		SÁBADO
10/10/21	DOMINGO		DOMINGO		DOMINGO
11/10/21	RECESSO		RECESSO		RECESSO
12/10/21	FERIADO		FERIADO		FERIADO
13/10/21	RECESSO		RECESSO		RECESSO
14/10/21	RECESSO		RECESSO		RECESSO
15/10/21	RECESSO		RECESSO		RECESSO
16/10/21	SÁBADO		SÁBADO		SÁBADO
17/10/21	DOMINGO		DOMINGO		DOMINGO
18/10/21	9:00	17:00	12:30	13:30	Marta Silva
19/10/21	9:00	17:00	12:30	13:30	Marta Silva
20/10/21	10:30	15:40	12:30	13:00	Marta Silva
21/10/21					
22/10/21					
23/10/21	SÁBADO		SÁBADO		SÁBADO
24/10/21	DOMINGO		DOMINGO		DOMINGO
25/10/21	9:00	17:00	12:30	13:30	Marta Silva
26/10/21	9:00	17:00	12:30	13:30	Marta Silva
27/10/21	11:00	17:00	12:30	12:45	Marta Silva
28/10/21					
29/10/21					
30/10/21	SÁBADO		SÁBADO		SÁBADO
31/10/21	DOMINGO		DOMINGO		DOMINGO

06/10 consulta 07/10 - ponto horas
20/10 consulta

000027

Unimed 

ATESTADO

ANS - N.º 34.388-9

Atesto que o(a) Sr.(a.) Maria Maria Borges e Silva

Não apresenta, ao exame clínico de rotina realizado nesta data, sinais de doenças infectocontagiosas, de alterações evidentes de órgãos dos sentidos ou vícios de conformação física. Durante a entrevista, não evidenciou sinais de deficit ou doença neuropsiquiátrica. (Este atestado não é válido como exame médico admissional, demissional ou periódico para fins da legislação de segurança e saúde do trabalhador. Vide Portaria nº 24/94 e NR nº 07, do Ministério do Trabalho).

Compareceu nesta data para consulta/exame, tendo permanecido na unidade no período de 16:36 às 17:49 horas.

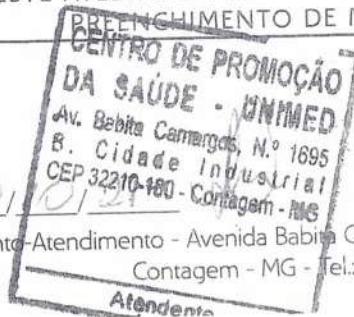
Compareceu nesta data para consulta/exame, acompanhado pelo Sr.(a.) _____, tendo permanecido na unidade no período de _____ às _____ horas.

Necessita permanecer afastado do trabalho por _____ dias (_____) a partir de ____/____/____ por motivo de doença CID _____. (Este atestado é válido para finalidades previstas nos artigos 71 e 72, parágrafo 1º do Decreto 3048/99 e será expedido para justificar o afastamento do trabalho de 1 a 15 dias).

Eu, _____, RG _____, autorizo a inclusão do CID no atestado médico.

Assinatura do cliente

OBS.: ESTE ATESTADO PERDERÁ VALOR EM CASO DE RASURA E DE PREENCHIMENTO DE MAIS DE UM CAMPO.



Contagem, 20/01/21

Assinatura / carimbo do médico

Pronto-Atendimento - Avenida Babi Camargos, 1.695 - Cidade Industrial
Contagem - MG - Tel.: (31) 3369-9600