

Comp. 018 Banco 104 Agência 1639 CI 3 Conta 03005263-0 C2 0 Série AAA Cheque nº 900639 C3 7 | RS 41.186,70# |

Pague por este cheque a quantia de Hum mil cento e oitenta e seis reais e setenta centavos // e centavos acima

a Anízia Monteiro Maia ou à sua ordem



Montagem, 02 de Maio de 20 19

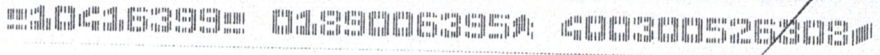
Valéria Geraldo Gomes

ASSOCIACAO COMUNITARIA DA VILA

CNPJ 19.694.165/0001-39

JARDIM INDUSTRIAL
R. TIRADENTES, 2426
CONTAGEM-MG
CONFEÇÃO: 03/2019

900639 018 104 1639 3 03005263-0 0 AAA 900639 7



ASSOCIAÇÃO COMUNITÁRIA DA VILA SÃO PAULO
19.694.165/0001-39

Rua Virgílio de Melo Franco, 122 - Bairro Vila São Paulo - Contagem

Demonstrativo de Pagamento

Func.: 000053 - Anízia Monteiro Maia Período: 04/2019

Cargo: 0010 - Educadora Infantil Matrícula: CTPS: 0065699 / 00028

Depto.: 006 - Educador Admissão: 11/04/2018 CPF: 892.482.956-49

| Verbas | Referência | Vencimentos | Descontos |
|---------------------------|------------|-------------|-----------|
| 0001 - Salário Contratual | 30,00 | 1.379,87 | |
| 0094 - Vale Transporte | 6,00 | | 82,79 |
| 0520 - Desconto INSS | 8,00 | | 110,38 |

ATESTADO QUE O SERVIÇO FOI PRESTADO E/OU MATERIAL FORNECIDO 02/05/19
MG-18747272 M-A-740312

Total: 1.379,87 Total: 193,17

Valor Líquido 1.186,70

Recebi o valor líquido, acima descrito em 02/05/2019 Assinatura: Anízia Monteiro Maia

| | | | | | |
|--------------|------------------|----------------|-------------|----------------|------------|
| Salário Base | Sal. Contr. INSS | Base Cál. FGTS | FGTS do Mês | Base Cál. IRRF | Faixa IRRF |
| 1.379,87 | 1.379,87 | 1.379,87 | 110,38 | 1.269,49 | |

INSTITUTO DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL JOÃO PAULO II

FOLHA DE PRESENÇA MÊS DE ABRIL DE 2019

FUNCIONÁRIO(A): *Andréia Monteiro da Silva Oliveira*

| DIA | INTERVALO | | | | HORA EXTRA | | ASSINATURA |
|--------|----------------|-------|---------|-------|------------|-------|--------------------|
| | ENTRADA | SAÍDA | ENTRADA | SAÍDA | ENTRADA | SAÍDA | |
| 01/abr | 7:30 | 10:00 | 12:00 | 17:30 | | | <i>M. Oliveira</i> |
| 02/abr | | | | | | | |
| 03/abr | | | | | | | |
| 04/abr | | | | | | | |
| 05/abr | | | | | | | |
| 06/abr | SÁBADO | | - | - | - | - | - |
| 07/abr | DOMINGO | | - | - | - | - | - |
| 08/abr | 7:30 | 10:00 | 12:00 | 17:30 | | | <i>M. Oliveira</i> |
| 09/abr | 7:30 | 11:00 | 12:00 | 17:30 | | | <i>M. Oliveira</i> |
| 10/abr | 7:30 | 11:00 | 12:00 | 17:30 | | | <i>M. Oliveira</i> |
| 11/abr | 7:30 | 11:00 | 12:00 | 17:30 | | | <i>M. Oliveira</i> |
| 12/abr | 7:30 | 11:00 | 12:00 | 17:30 | | | <i>M. Oliveira</i> |
| 13/abr | SÁBADO | | - | - | - | - | - |
| 14/abr | DOMINGO | | - | - | - | - | - |
| 15/abr | 7:30 | 10:00 | 12:00 | 17:30 | | | <i>M. Oliveira</i> |
| 16/abr | 7:30 | 11:00 | 12:00 | 17:30 | | | <i>M. Oliveira</i> |
| 17/abr | 7:30 | 11:00 | 12:00 | 17:30 | | | <i>M. Oliveira</i> |
| 18/abr | FERIADO | | - | - | - | - | - |
| 19/abr | FERIADO | | - | - | - | - | - |
| 20/abr | SÁBADO | | - | - | - | - | - |
| 21/abr | FERIADO | | - | - | - | - | - |
| 22/abr | 7:30 | 10:00 | 12:00 | 17:30 | | | <i>M. Oliveira</i> |
| 23/abr | 7:30 | 11:00 | 12:00 | 17:30 | | | <i>M. Oliveira</i> |
| 24/abr | 7:30 | 11:00 | 12:00 | 17:30 | | | <i>M. Oliveira</i> |
| 25/abr | 7:30 | 11:00 | 12:00 | 17:30 | | | <i>M. Oliveira</i> |
| 26/abr | 7:30 | 11:00 | 12:00 | 17:30 | | | <i>M. Oliveira</i> |
| 27/abr | SÁBADO | | - | - | - | - | - |
| 28/abr | DOMINGO | | - | - | - | - | - |
| 29/abr | 7:30 | 10:00 | 12:00 | 17:30 | | | <i>M. Oliveira</i> |
| 30/abr | 7:30 | 11:00 | 12:00 | 17:30 | | | <i>M. Oliveira</i> |

19.694.185/0001-39

INSTITUTO DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL JOAO PAULO II

Rua Virgílio de Melo Franco, N° 126,
B. Vila São Paulo, CEP 32210-350

CONTAGEM - MG



Prefeitura Municipal de Contagem
Secretaria Municipal de Saúde
ATESTADO



Atesto que o(a) Sr(a) ANIZIA MONTEIRO MAIA

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 _____ às _____ horas.

Necessita permanecer afastado do trabalho por 05 CINCO dias, a partir de 02.04.19 por motivo de doença CID. A90 (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 em caso de rasura e de preenchimento de mais de um campo.

EQUIPE 08 - PSF Procedencia Vargem
UNIDADE DE SAÚDE
R. ... - T. 3383.5722

Expedido por
Carla
Cirurgiã Geral
1997
CONTROLE 134350

DATA

02.04.19

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

[Handwritten Signature]

[Handwritten Signature]