

que Número
1639 900708

o a Anízia

do Anterior

ósitos

1.186,70

nsações Eletrônicas

e Cheque

do Atual

Comp. Banco Agência C1 Conta C2 Série Cheque nº C3 | RS #1.186,70 ≠

018 104 1639 3 03005263-0 0 AAA 900708 3

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

avos // // // // e centavos ac

a Anízia Monteiro Maia de Oliveira ou à sua orc



Contagem, 08 de Agosto de 20 19

JARDIM INDUSTRIAL
R. TIRADENTES, 2426
CONTAGEM-MG
CONFECÇÃO: 06/2019

Valina Goncalves Gomes

INSTITUTO DE DES S JOAO PAULO

CNPJ 19.694.165/0001-39

CLIENTE BANCÁRIO
DESDE 11/2017

900708 018 104 1639 3 03005263-0 0 AAA 900708 3



INSTITUTO DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL JOÃO PAULO II			
19.694.165/0001-39			
Rua Virgílio de Melo Franco, 126 - Bairro Vila São Paulo - Contagem			
Demonstrativo de Pagamento			
Func.: 000053 - Anízia Monteiro Maia de Oliveira		Período: 07/2019	
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
		Total:	Total:
		1.379,87	193,17
		Valor Líquido	1.186,70
<p>Recebi o valor líquido, acima descrito em 08/08/19 Assinatura: Anízia Monteiro Maia de Oliveira</p>			
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	FGTS do Mês
1.379,87	1.379,87	1.379,87	110,38
			Base Cál. IRRF
			1.269,49
			Faixa IRRF

ATESTO QUE O SERVIÇO FOI PRESTADO E/OU MATERIAL FORNECIDO 08/08/19

MG-18747272 CH-7770312

53/199

INSTITUTO DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL JOÃO PAULO II

FOLHA DE PRESENÇA MÊS DE JULHO DE 2019

FUNCIONÁRIO(A): *Amizia Monteiro Maia Oliveira*

DIA	INTERVALO				HORA EXTRA		ASSINATURA
	ENTRADA	SAÍDA	ENTRADA	SAÍDA	ENTRADA	SAÍDA	
01/jul	7:30	10:00	12:00	17:30			<i>M Oliveira</i>
02/jul	7:30	12:00	13:00	17:30			<i>M Oliveira</i>
03/jul	7:30	12:00	13:00	17:30			<i>M Oliveira</i>
04/jul	7:30	12:00	13:00	17:30			<i>M Oliveira</i>
05/jul	7:30	10:00	11:00	17:30			<i>M Oliveira</i>
06/jul	Sábado		-	-	-	-	-
07/jul	Domingo		-	-	-	-	-
08/jul	7:30	10:00	12:00	17:30			<i>M Oliveira</i>
09/jul	7:30	12:00	13:00	17:30			<i>M Oliveira</i>
10/jul	7:30	12:00	13:00	17:30			<i>M Oliveira</i>
11/jul	ATESTADO						<i>M Oliveira</i>
12/jul	7:30	12:00	13:00	17:30			<i>M Oliveira</i>
13/jul	Sábado		-	-	-	-	-
14/jul	Domingo		-	-	-	-	-
15/jul	Recesso		-	-	-	-	-
16/jul	Recesso		-	-	-	-	-
17/jul	Recesso		-	-	-	-	-
18/jul	Recesso		-	-	-	-	-
19/jul	Recesso		-	-	-	-	-
20/jul	Sábado		-	-	-	-	-
21/jul	Domingo		-	-	-	-	-
22/jul	Recesso		-	-	-	-	-
23/jul	Recesso		-	-	-	-	-
24/jul	Recesso		-	-	-	-	-
25/jul	Recesso		-	-	-	-	-
26/jul	Recesso		-	-	-	-	-
27/jul	Sábado		-	-	-	-	-
28/jul	Domingo		-	-	-	-	-
29/jul	Recesso		-	-	-	-	-
30/jul							
31/jul							

19.694.165/0001-39
 INSTITUTO DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL JOÃO PAULO II
 Rua Visconde de Melo Franco, N° 126,
 B. Vila São Paulo, CEP 32210-350
CONTAGEM - MG

34



Prefeitura Municipal de Contagem
Secretaria Municipal de Saúde
ATESTADO



Atesto que o(a) Sr(a) ANÍZIA 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 01, UM dias, a partir de 11, 07, 19 por motivo de doença CID. N39.0 (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.

UNIDADE DE SAÚDE _____
B. Jardim Industrial - T.: 3363.5488

DATA 11.07.19
ASSINATURA / CARIMBO DO RESPONSÁVEL _____

