

Número 900033
 02/01
 Anterior
 2.241,89
 Natalia
 sações Eletrônicas
 Cheque
 Atual

Comp. Banco Agência CI Conta C2 Série Cheque nº C3 | RS
 018 104 1639 3 03005263-0 0 AAA 900033 0 | 2.241,89 95
 Pague por este cheque a quantia de Dois mil duzentos e quarenta e um reais e oitenta e nove centavos e centavos acima
 a Natalia de Oliveira Santos ou à sua ordem

CAIXA

Contagem, 02 de Janeiro de 2018

Valéria Genivalis Gomes
 ASSOCIACAO COMUNITARIA DA VILA
 CNPJ 19.694.165/0001-39
 Rogério Genivalis Gomes CLIENTE BANCÁRIO
 DESDE 11/2017

JARDIM INDUSTRIAL
 R. TIRADENTES, 2426
 CONTAGEM-MG
 CONFEÇÃO: 12/2017

01890003354 400300526308

t ASSOCIACAO COMUNITARIA DA VILA SA Recibo de Pagamento de Salário
 Rua Virgilio de Melo Franco, 122 - Bairro Vila Sao Paulo - Contagem
 19.694.165/0001-39 Ref. a 12/2017

| Código | Nome do Funcionário | CBO | Emp. | Local | Depto. | Sector | Seção | Fl. |
|--------|----------------------------|-----|------|-------|----------|------------|-------|-----|
| 000021 | Natalia de Oliveira Santos | | | | Pedagoga | pedagogico | | |

| Cód. | Descrição | Referência | Vencimentos | Descontos |
|------|---------------------|------------|-------------|-----------|
| 0005 | Salario Maternidade | 14,00 | 781,14 | |
| 0520 | Desconto INSS | 8,00 | | 62,49 |

ATESTADO QUE O SERVIÇO É O
 PR
 02 01 018
 MGP 789-507 M 7740312

Total de Venc 781,14 Total de Descontos 62,49

Valor Líquido 718,65

Salário Base 1.873,88 Sal. Cont. INSS 781,14 Base Calc. FGTS 781,14 FGTS do Mês 62,49 6718,65 Falta IRRF

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTANCIA LIQUIDA DISCRIMINADA NESTE RECIBO.
 ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO
 Natalia de Oliveira S.
 DATA
 02 01 018

ASSOCIACAO COMUNITARIA DA VILA SA
 Rua Virgilio de Melo Franco, 122 - Bairro Vila Sao Paulo - Contagem
 19.694.165/0001-39

Recibo de Pagamento de Salário

Bairro Vila Sao Paulo - Contagem
 Ref. a 1/2018

Código Nome do Funcionário Depto. Local Setor Seção FI.
 000021 Natália de Oliveira Santos Pedagoga pedagógico

| Cód. | Descrição | Referência | Vencimentos | Descontos |
|----------|---------------------|------------|--------------------|---------------------|
| 0005 | Salario Maternidade | 31,00 | 1.673,88 | 150,64 |
| 0520 | Desconto INSS | 9,00 | | |
| | | | Total de 1.673,88 | Total de Des 150,64 |
| | | | Valor Líquido | 1.523,24 |
| 1.673,88 | Sal. Base | | FGTS do Mês 133,91 | 3.046,40 |
| 1.673,88 | Sal. com INSS | | | Faixa IRRF |
| 1.673,88 | Sal. Base | | | |

ATESTADO QUE O SERVIÇO FOI
 PRESTADO EM 01/01/18
 [Assinatura]
 Nº 17.729.007 N-7740-312

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTANCIA LIQUIDA DISCRIMINADA NESTE RECIBO.
 ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO
 Natália de Oliveira S
 02/01/18
 DATA

ASSOCIAÇÃO COMUNITÁRIA DA VILA SÃO PAULO

FOLHA DE PRESENÇA MÊS DE DEZEMBRO DE 2017

FUNCIONÁRIO(A): *Natalia de Oliveira Santos*

| DIA | INTERVALO | | | | HORA EXTRA | | ASSINATURA |
|--------|----------------|-------|---------|-------|------------|-------|------------|
| | ENTRADA | SAÍDA | ENTRADA | SAÍDA | ENTRADA | SAÍDA | |
| 01/dez | | | | | | | |
| 02/dez | Sábado | | - | - | - | - | - |
| 03/dez | Domingo | | - | - | - | - | - |
| 04/dez | | | | | | | |
| 05/dez | | | | | | | |
| 06/dez | | | | | | | |
| 07/dez | | | | | | | |
| 08/dez | Feriado | | - | - | - | - | - |
| 09/dez | Sábado | | - | - | - | - | - |
| 10/dez | Domingo | | - | - | - | - | - |
| 11/dez | | | | | | | |
| 12/dez | | | | | | | |
| 13/dez | | | | | | | |
| 14/dez | | | | | | | |
| 15/dez | | | | | | | |
| 16/dez | Sábado | | - | - | - | - | - |
| 17/dez | Domingo | | - | - | - | - | - |
| 18/dez | Recesso | | - | - | - | - | - |
| 19/dez | Recesso | | - | - | - | - | - |
| 20/dez | Recesso | | - | - | - | - | - |
| 21/dez | Recesso | | - | - | - | - | - |
| 22/dez | Recesso | | - | - | - | - | - |
| 23/dez | Sábado | | - | - | - | - | - |
| 24/dez | Domingo | | - | - | - | - | - |
| 25/dez | Recesso | | - | - | - | - | - |
| 26/dez | Recesso | | - | - | - | - | - |
| 27/dez | Recesso | | - | - | - | - | - |
| 28/dez | Recesso | | - | - | - | - | - |
| 29/dez | Recesso | | - | - | - | - | - |
| 30/dez | Sábado | | - | - | - | - | - |
| 31/dez | Domingo | | - | - | - | - | - |

Natalia de Oliveira Santos

ASSOCIAÇÃO COMUNITÁRIA DA VILA SÃO PAULO

FOLHA DE PRESENÇA MÊS DE JANEIRO DE 2018

FUNCIÓNÁRIO(A): *Tatália de Oliveira Santos*

| DIA | INTERVALO | | | | HORA EXTRA | | ASSINATURA |
|--------|----------------|-------|---------|-------|------------|-------|------------|
| | ENTRADA | SAÍDA | ENTRADA | SAÍDA | ENTRADA | SAÍDA | |
| 01/jan | Feriado | | - | - | - | - | - |
| 02/jan | | | | | | | |
| 03/jan | | | | | | | |
| 04/jan | | | | | | | |
| 05/jan | | | | | | | |
| 06/jan | Sábado | | - | - | - | - | - |
| 07/jan | Domingo | | - | - | - | - | - |
| 08/jan | | | | | | | |
| 09/jan | | | | | | | |
| 10/jan | | | | | | | |
| 11/jan | | | | | | | |
| 12/jan | | | | | | | |
| 13/jan | Sábado | | - | - | - | - | - |
| 14/jan | Domingo | | - | - | - | - | - |
| 15/jan | | | | | | | |
| 16/jan | | | | | | | |
| 17/jan | | | | | | | |
| 18/jan | | | | | | | |
| 19/jan | | | | | | | |
| 20/jan | Sábado | | - | - | - | - | - |
| 21/jan | Domingo | | - | - | - | - | - |
| 22/jan | | | | | | | |
| 23/jan | | | | | | | |
| 24/jan | | | | | | | |
| 25/jan | | | | | | | |
| 26/jan | | | | | | | |
| 27/jan | Sábado | | - | - | - | - | - |
| 28/jan | Domingo | | - | - | - | - | - |
| 29/jan | | | | | | | |
| 30/jan | | | | | | | |
| 31/jan | | | | | | | |

Tatália de Oliveira Santos



Prefeitura Municipal de Contagem
Secretaria Municipal de Saúde
ATESTADO



49

Atestado que o(a) Sr(a) Natália de Oliveira Santos

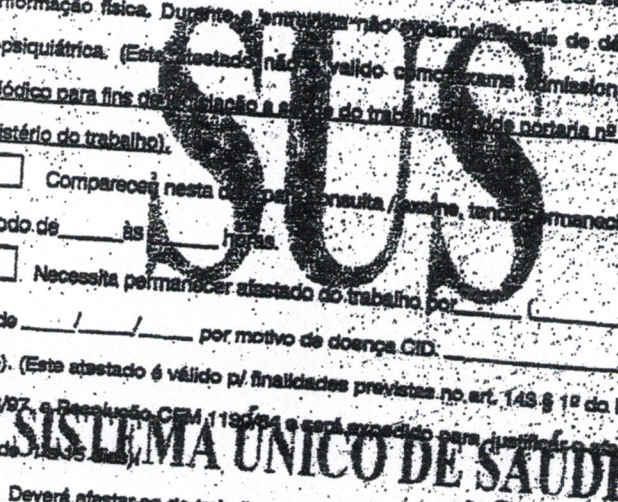
portador da Carteira Profissional nº _____
e Carteira de identidade nº _____

Não apresenta ao exame clínico de rotina realizada nesta data sinais de doenças infecto-contagiosas, de alterações evidentes de órgãos dos sentidos ou vícios de conformação física. Durante a anamnese não evidenciou sinais de déficit ou doença neuro-psiquiátrica. (Este atestado não é válido como exame admissional, demissional ou periódico para fins de contratação a serviço do trabalhador, vide Portaria nº 24 de 29/12/94 do Ministério do trabalho).

Compareceu nesta unidade para consulta / exame, tendo permanecido na unidade no período de _____ às _____ 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. 148 § 1º do Decreto 2172 de 05/03/97 e Resolução CEM 119/94 e será expedido para justificar o afastamento do trabalho de _____ (_____) dias, a partir de _____ / _____ / _____).

Deverá afastar-se do trabalho no período de 120 (dois) dias, a partir de 23/10/17 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

DATA
23/10/17

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

SMS-A11