

Comp. Banco Agência DV C1 Conta C2 Série Cheque N° CO
 010 001 1659 0 8 82.882-3 0 800 880377 0 R\$ 884,31
 010 001 1659 0 8 82.882-3 0 800 880377 0

Pague por este cheque a quantia de oitocentos e oitenta e quatro reais

o centavos acima

à Daniela Carvalho Sotero Gonzaga ou à sua ordem

Contagem 17 de Abril de 2019



ELDORADO MG
 00.000.000/3531.91
 AV JOAO C. DE OLIVEIRA
 2669 - ELDORADO
 CONFECCAO: 03/2019

Sônia Maria Santos Soares
 INSTITUTO SAO DOMINGOS SAVIO
 CNPJ 18.258.640/0001-61
 CLIENTE BANCARIO DESDE 04/1987

Submar Santos Gandelmi Ribeiro



INSTITUTO SAO DOMINGOS SAVIO

18.258.640/0001-61

Rua Cubatão, 360 - Bairro Monte Castelo - Contagem

Demonstrativo de Pagamento

Func.: 000038 - Daniela Carvalho Sotero Gonzaga			Período: 04/2019
Cargo: 0010 - Educadora Infantil		Matrícula:	CTPS: 2822734 / 00040
Depto.: 006 - Educador		Admissão: 01/03/2019	CPF: 108.484.116-92
Verbas	Referência	Vencimentos	Descontos
0001 - Salário Contratual	21,00	965,91	4,33
0214 - Seguro	8,00		77,27
0520 - Desconto INSS			
		Total: 965,91	Total: 81,60
		Valor Líquido	884,31

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

Recebi o valor líquido, acima descrito em 17/04/19 Assinatura: Daniela Carvalho Sotero Gonzaga

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	FGTS do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.379,87	965,91	965,91	77,27	888,64	

CEIC SÃO DOMINGOS SÁVIO

LISTA DE PRESENÇA - ABRIL/2019

FUNCIONÁRIA: Daniela Carvalho Sotero Gonzaga

DIA	ENTRADA	CAFÉ (M)	ALMOÇO	DESCANSO	CAFÉ (T)	SAÍDA	ASSINATURA
1 SEGUNDA	Atestado	-	-	-	-	-	Atestado
2 TERÇA	Atestado	-	-	-	-	-	Atestado
3 QUARTA	07:00	08:20	11:00	11:30-13:00	16:20	17:00	Daniela CS Gonzaga
4 QUINTA	07:30	08:20	11:00	11:30-13:00	16:20	17:00	Daniela CS Gonzaga
5 SEXTA	07:30	08:20	11:00	11:30-13:00	16:20	17:00	Daniela CS Gonzaga
6 SÁBADO	XXXXXX	XXXXX	XXXXXX	XXXXXXXX	XXXXX	XXXXXX	XXXXXXXXXX
7 DOMINGO	XXXXXX	XXXXX	XXXXXX	XXXXXXXX	XXXXX	XXXXXX	XXXXXXXXXX
8 SEGUNDA	07:30	08:20	11:00	11:30-13:00	16:20	17:00	Daniela CS Gonzaga
9 TERÇA	07:30	08:20	11:00	11:30-13:00	16:20	17:30	Daniela CS Gonzaga
10 QUARTA	07:00	08:20	11:00	11:30-13:00	16:20	17:30	Daniela CS Gonzaga
11 QUINTA	07:00	08:20				17:00	Daniela CS Gonzaga
12 SEXTA	Feriado	-	-	-	-	-	Feriado
13 SÁBADO	XXXXXX	XXXXX	XXXXXX	XXXXXXXX	XXXXX	XXXXXX	XXXXXXXXXX
14 DOMINGO	XXXXXX	XXXXX	XXXXXX	XXXXXXXX	XXXXX	XXXXXX	XXXXXXXXXX
15 SEGUNDA	Atestado	-	-	-	-	-	Atestado
16 TERÇA	07:00	08:20	11:00	11:30-13:00	16:20	17:00	Daniela CS Gonzaga
17 QUARTA	07:00	08:20	11:00	11:30-13:00	16:20	17:00	Daniela CS Gonzaga
18 QUINTA	FERIADO	FERIADO	FERIADO	FERIADO	FERIADO	FERIADO	FERIADO
19 SEXTA	FERIADO	FERIADO	FERIADO	FERIADO	FERIADO	FERIADO	FERIADO
20 SÁBADO	XXXXXX	XXXXX	XXXXXX	XXXXXXXX	XXXXX	XXXXXX	XXXXXXXXXX
21 DOMINGO	XXXXXX	XXXXX	XXXXXX	XXXXXXXX	XXXXX	XXXXXX	XXXXXXXXXX

18.258.640/0001-61

Instituto São Domingos Sávio

RUA CUBATÃO, 336

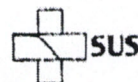
MONTE CASTELO - CEP: 32.285-170

CONTAGEM - MG

Danielle Pereira da Silva dos Santos - SECRETÁRIA



Prefeitura Municipal de Contagem
Secretaria Municipal de Saúde
ATESTADO



Atesto que o(a) Sr(a) RONIEZA CARVALHO COSTA
portador da Carteira Profissional nº 2427262
e Carteira de Identidade nº MG 17 339 559

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 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 02 (dois -) dias, a partir de 01/04/19 por motivo de doença CID. H10 (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

DATA

01.04.19

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

Dr. Ronan Araújo Fernandes
CRM 20818
CONTROLE 8459266



Prefeitura Municipal de Contagem
Secretaria Municipal de Saúde
ATESTADO



Nome do(a) Sr(a) Daniela Carvalho
 Número 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 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 15/04/19 por motivo de doença CID. 510.9 (a partir 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

DATA
15/04/19

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL
Dutra da Silva
Número 48550

045-451