

21/03/2019 - BANCO DO BRASIL - 14:54:04  
163301633 SEGUNDA VIA 0005

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA  
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: INSTITUTO S D SAVIO  
AGENCIA: 1633-0 CONTA: 62.552-3

DATA DA TRANSFERENCIA 21/03/2019  
NR. DOCUMENTO 551.633.000.027.399  
VALOR TOTAL 888,64

\*\*\*\*\* TRANSFERIDO PARA:  
CLIENTE: LAYSA APARECIDA S ORSINI  
AGENCIA: 1633-0 CONTA: 27.399-6  
NR. DOCUMENTO 551.633.000.062.552  
NR.AUTENTICACAO D.109.924.9CB.F14.1AF

INSTITUTO SAO DOMINGOS SAVIO

18.258.640/0001-61

Rua Cubatão, 360 - Bairro Monte Castelo - Contagem

Demonstrativo de Pagamento

Func.: 000039 - Laysa Aparecida dos Santos			Período: 03/2019		
Cargo: 0023 - Auxiliar Educação		Matrícula:	CTPS: 4584739 / 00030		
Depto.: 006 - Educador		Admissão: 01/03/2019	CPF: 012.387.396-79		
Verbas	Referência	Vencimentos	Descontos		
0001 - Salário Contratual	21,00	965,91			
0520 - Desconto INSS	8,00		77,27		
		Total:	965,91	Total: 77,27	
		Valor Líquido	888,64		
Recebi o valor líquido, acima descrito em <u>21/03/19</u> Assinatura: <u>Laysa Ap. dos Santos Orsini</u>					
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 - MARÇO/2019

**FUNCIONÁRIA: Laysa Aparecida dos Santos Orsini**

DIA	ENTRADA	CAFÉ (M)	ALMOÇO	DESCANSO	CAFÉ (T)	SAÍDA	ASSINATURA
1 SEXTA	07:30	8:00	11:00	13:00 14:30	16:00	17:30	Laysa Ap. dos S. Orsini
2 SÁBADO	XXXXXX	XXXXX	XXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXX	XXXXXX	XXXXXXXXXX
3 DOMINGO	XXXXXX	XXXXX	XXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXX	XXXXXX	XXXXXXXXXX
4 SEGUNDA	RECESSO	RECESSO	RECESSO	RECESSO	RECESSO	RECESSO	RECESSO
5 TERÇA	RECESSO	RECESSO	RECESSO	RECESSO	RECESSO	RECESSO	RECESSO
6 QUARTA	RECESSO	RECESSO	RECESSO	RECESSO	RECESSO	RECESSO	RECESSO
7 QUINTA	07:30	8:00	11:00	13:00 14:30	16:00	17:30	Laysa Ap. dos S. Orsini
8 SEXTA	07:30	8:00	11:00	13:00 14:30	16:00	17:30	Laysa Ap. dos S. Orsini
9 SÁBADO	XXXXXX	XXXXX	XXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXX	XXXXXX	XXXXXXXXXX
10 DOMINGO	XXXXXX	XXXXX	XXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXX	XXXXXX	XXXXXXXXXX
11 SEGUNDA	07:30	8:00	11:00	13:00 14:30	16:00	17:30	Laysa Ap. dos S. Orsini
12 TERÇA	07:30	8:00	11:00	11:30 13:00	16:00	17:30	Laysa Ap. dos S. Orsini
13 QUARTA	07:30	8:00	11:00	11:30 13:00	16:00	17:30	Laysa Ap. dos S. Orsini
14 QUINTA	Atestado	—	—	—	—	—	ATESTADO
15 SEXTA	Atestado	—	—	—	—	—	ATESTADO
16 SÁBADO	XXXXXX	XXXXX	XXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXX	XXXXXX	XXXXXXXXXX
17 DOMINGO	XXXXXX	XXXXX	XXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXX	XXXXXX	XXXXXXXXXX
18 SEGUNDA	07:30	8:00	11:00	11:30 13:00	16:00	17:30	Laysa Ap. dos S. Orsini
19 TERÇA	07:30	8:00	11:00	11:30 13:00	16:00	17:30	Laysa Ap. dos S. Orsini
20 QUARTA	07:30	8:00	11:00	11:30 13:00	16:00	17:30	Laysa Ap. dos S. Orsini
21 QUINTA	07:30	8:00	11:00	11:30 13:00	16:00	17:30	Laysa Ap. dos S. Orsini

**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*

Danielle Pereira da Silva dos Santos - SECRETÁRIA





### ATESTADO

Atesto que o(a) Sr(a) Luiza Pinheiro dos Santos

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 consulte / exame, tendo permanecido na unidade no período de \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ horas.

Necessita permanecer afastado do trabalho por 02 (dois) dias a partir de 14/03/19 por motivo de doença CID. \_\_\_\_\_ (a pedido do paciente). ( Este atestado é válido p/ finalidades prevista 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).

**U. B. S. BERNARDO MONTEIRO**  
OBS. Este Atestado perderá o valor em caso de rasura e de  
RUA WILSON JOSE DE SOUZA BICO  
BAIRRO BERNARDO MONTEIRO  
CONTAGEM - MG TEL: 3352-5249  
UNIDADE DE SAÚDE UNIDADE DA FAMUC N.º 711

DATA  
14/03/19

ASSINATURA ECARIMBO DO RESPONSÁVEL

Dr. Giselle Adriana Ferraz Chelton  
CRM nº 52246  
CONTR. 4788825