

01/11/2019 - BANCO DO BRASIL - 07:58:04
163301633 SEGUNDA VIA 0001
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

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

DATA DA TRANSFERENCIA	01/11/2019
NR. DOCUMENTO	551.633.000.027.399
VALOR TOTAL	1.182,37

***** TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: LAYSA APARECIDA S ORSINI
AGENCIA: 1633-0 CONTA: 27.399-6
NR. DOCUMENTO 551.633.000.062.552
=====

NR.AUTENTICACAO	7.D47.FE1.9BF.753.0C6
-----------------	-----------------------

Transação efetuada com sucesso por: J2076262 SONIA MARIA SANTOS SOARES.

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 Orsini		Período: 10/2019	
Cargo: 0023 - Auxiliar Educação		Matricula:	CTPS: 4584739 / 00030
Depto.: 006 - Educador		Admissão: 01/03/2019	CPF: 012.387.396-79

Verbas	Referência	Vencimentos	Descontos
0001 - Salário Contratual	30,00	1.379,87	
0094 - Vale Transporte	6,00		82,79
0214 - Seguro			4,33
0520 - Desconto INSS	8,00		110,38
		Total: 1.379,87	Total: 197,50
		Valor Líquido	1.182,37

M. 349648

ATESTO QUE O SERVIÇO FOI PRESTADO E / OU MATERIAL FORNECIDO 18/11/19

maria da conceição M. 957719

Recebi o valor líquido, acima descrito em 01/11/19 Assinatura: Laysa Ap. dos Santos Orsini

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	

Ass.

CEIC SÃO DOMINGOS SÁVIO

LISTA DE PRESENÇA - Outubro/2019

26

FUNCIONÁRIA: Laysa Aparecida dos Santos Orsini

DIA	ENTRADA	CAFÉ (M)	ALMOÇO	DESCANSO	CAFÉ (T)	SAÍDA	ASSINATURA
1 TERÇA	07:30	8h	11h	11:30 13:0	16h	17:30	Laysa Ap dos S. Orsini
2 QUARTA	07:30	8h	11h	11:30 13:0	16h	17:30	Laysa Ap dos S. Orsini
3 QUINTA	07:30	8h	11h	11:30 13:0	16h	17:30	Laysa Ap dos S. Orsini
4 SEXTA	Atestado	—	—	—	—	—	ATESTADO
5 SABADO	XXXXXX	XXXXX	XXXXXX	XXXXXXXX	XXXXX	XXXXXX	XXXXXXXX
6 DOMINGO	XXXXXX	XXXXX	XXXXXX	XXXXXXXX	XXXXX	XXXXXX	XXXXXXXX
7 SEGUNDA	07:30	8h	11h	11:30 13:0	16h	17:30	Laysa Ap S Orsini
8 TERÇA	07:30	8h	11h	11:30 13:0	16h	17:30	Laysa Ap S Orsini
9 QUARTA	07:30	8h	11h	11:30 13:0	16h	17:30	Laysa Ap S Orsini
10 QUINTA	07:30	8h	11h	11:30 13:0	16h	17:30	Laysa Ap S Orsini
11 SEXTA	07:30	8h	11h	11:30 13:0	16h	17:30	Laysa Ap S Orsini
12 SABADO	XXXXXX	XXXXX	XXXXXX	XXXXXXXX	XXXXX	XXXXXX	XXXXXXXX
13 DOMINGO	XXXXXX	XXXXX	XXXXXX	XXXXXXXX	XXXXX	XXXXXX	XXXXXXXX
14 SEGUNDA	RECESSO	RECESSO	RECESSO	RECESSO	RECESSO	RECESSO	RECESSO
15 TERÇA	RECESSO	RECESSO	RECESSO	RECESSO	RECESSO	RECESSO	RECESSO
16 QUARTA	RECESSO	RECESSO	RECESSO	RECESSO	RECESSO	RECESSO	RECESSO
17 QUINTA	RECESSO	RECESSO	RECESSO	RECESSO	RECESSO	RECESSO	RECESSO
18 SEXTA	RECESSO	RECESSO	RECESSO	RECESSO	RECESSO	RECESSO	RECESSO
19 SABADO	XXXXXX	XXXXX	XXXXXX	XXXXXXXX	XXXXX	XXXXXX	XXXXXXXX
20 DOMINGO	XXXXXX	XXXXX	XXXXXX	XXXXXXXX	XXXXX	XXXXXX	XXXXXXXX
21 SEGUNDA	07:30	8h	11h	11:30 13:0	16h	17:30	Laysa Ap S Orsini
22 TERÇA	07:30	8h	11h	11:30 13:0	16h	17:30	Laysa Ap S Orsini
23 QUARTA	07:30	8h	11h	11:30 13:0	16h	17:30	Laysa Ap S Orsini
24 QUINTA	07:30	8h	11h	11:30 13:0	16h	17:30	Laysa Ap S Orsini
25 SEXTA	07:30	8h	11h	11:30 13:0	16h	17:30	Laysa Ap S Orsini
26 SABADO	XXXXXX	XXXXX	XXXXXX	XXXXXXXX	XXXXX	XXXXXX	XXXXXXXX
27 DOMINGO	XXXXXX	XXXXX	XXXXXX	XXXXXXXX	XXXXX	XXXXXX	XXXXXXXX
28 SEGUNDA	07:30	8h	11h	11:30 13:0	16h	17:30	Laysa Ap S Orsini
29 TERÇA	07:30	8h	11h	11:30 13:0	16h	17:30	Laysa Ap S Orsini
30 QUARTA	07:30	8h	11h	11:30 13:0	16h	17:30	Laysa Ap S Orsini
31 QUINTA	07:30	8h	11h	11:30 13:0	16h	17:30	Laysa Ap S Orsini

Sônia Maria Santos Soares
 Sônia Maria Santos Soares - Presidente

18.258.640/0001-61

Instituto São Domingos Sávio

RUA CUBATÃO, 336
 MONTE CASTELO - CEP: 32.285-170

CONTAGEM - MG

MS



ATESTADO MÉDICO

Atesto que o(a) Sr(a) Jaysa Aparecida dos Santos
portador da Carteira Profissional nº _____
e Carteira de Identidade nº _____

Não apresenta ao exame clínico de rotina realizado nesta data sinais de doença 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 06/10/19 por motivo de doença CID. _____ (a pedido do paciente). (Este atestado é válido para 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 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:

06/10/19

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

(Handwritten signature)
Lina Giselle Adriana Ferron Chaves
CRM 52246
CONTROLE Nº 196925

(Handwritten signature)