

Consultas - Emissão de comprovantes

03/06/2019 - BANCO DO BRASIL - 07:17:00
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 03/06/2019
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 C.1E6.97C.D2E.4EF.E17

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		Periodo: 05/2019			
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		
Recebi o valor líquido, acima descrito em <u>31/05/19</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	1.379,87	1.379,87	110,38	1.269,49	

ATESTO QUE O SERVIÇO FOI
PRESTADO E/OU MATERIAL
FORNECIDO

CEIC SÃO DOMINGOS SÁVIO

LISTA DE PRESENÇA - Maio /2019

FUNCIÓNÁRIA: Laysa Aparecida dos Santos Orsini

DIA	ENTRADA	CAFÉ (M)	ALMOÇO	DESCANSO	CAFÉ (T)	SAÍDA	ASSINATURA	
1	QUARTA	FERIADO	FERIADO	FERIADO	FERIADO	FERIADO	FERIADO	
2	QUINTA	07:30	8:00	11:00	11:30 13:00	16:00	17:30	Laysa Ap dos S. Orsini
3	SEXTA	07:30	8:00	11:00	11:30 13:00	16:00	17:30	Laysa Ap dos S. Orsini
4	SÁBADO	XXXXXX	XXXXX	XXXXXX	XXXXXXXXX	XXXXX	XXXXXX	XXXXXXXXXX
5	DOMINGO	XXXXXX	XXXXX	XXXXXX	XXXXXXXXX	XXXXX	XXXXXX	XXXXXXXXXX
6	SEGUNDA	07:30	8:00	11:00	11:30 13:00	16:00	17:30	Laysa Ap dos S. Orsini
7	TEÇA	07:30	8:00	11:00	11:30 13:00	16:00	17:30	Laysa Ap dos S. Orsini
8	QUARTA	07:30	8:00	11:00	11:30 13:00	16:00	17:30	Laysa Ap dos S. Orsini
9	QUINTA	07:30	8:00	11:00	11:30 13:00	16:00	17:30	Laysa Ap dos S. Orsini
10	SEXTA	07:30	8:00	11:00	11:30 13:00	16:00	17:30	Laysa Ap dos S. Orsini
11	SÁBADO	XXXXXX	XXXXX	XXXXXX	XXXXXXXXX	XXXXX	XXXXXX	XXXXXXXXXX
12	DOMINGO	XXXXXX	XXXXX	XXXXXX	XXXXXXXXX	XXXXX	XXXXXX	XXXXXXXXXX
13	SEGUNDA	07:30	8:00	11:00	11:30 13:00	16:00	17:30	Laysa Ap dos S. Orsini
14	TEÇA	Atestado	-	-	-	-	-	Atestado
15	QUARTA	Atestado	-	-	-	-	-	Atestado
16	QUINTA	Atestado	-	-	-	-	-	Atestado
17	SEXTA	Atestado	-	-	-	-	-	Atestado
18	SÁBADO	XXXXXX	XXXXX	XXXXXX	XXXXXXXXX	XXXXX	XXXXXX	XXXXXXXXXX
19	DOMINGO	XXXXXX	XXXXX	XXXXXX	XXXXXXXXX	XXXXX	XXXXXX	XXXXXXXXXX
20	SEGUNDA	07:30	8:00	11:00	11:30 13:00	16:00	17:30	Laysa Ap dos S. Orsini
21	TEÇA	07:30	8:00	11:00	11:30 13:00	16:00	17:30	Laysa Ap dos S. Orsini
22	QUARTA	07:30	8:00	11:00	11:30 13:00	16:00	17:30	Laysa Ap dos S. Orsini
23	QUINTA	07:30	8:00	11:00	11:30 13:00	16:00	17:30	Laysa Ap dos S. Orsini
24	SEXTA	07:00	8:00	11:00	11:30 13:00	16:00	17:00	Laysa Ap dos S. Orsini
25	SÁBADO	XXXXXX	XXXXX	XXXXXX	XXXXXXXXX	XXXXX	XXXXXX	XXXXXXXXXX
26	DOMINGO	XXXXXX	XXXXX	XXXXXX	XXXXXXXXX	XXXXX	XXXXXX	XXXXXXXXXX
27	SEGUNDA	07:00	8:00	11:00	13:00 14:30	16:00	17:00	Laysa Ap dos S. Orsini
28	TEÇA	07:00	8:00	11:00	11:30 13:00	16:00	17:30	Laysa Ap dos S. Orsini
29	QUARTA	07:30	8:00	11:00	11:30 13:00	16:00	17:30	Laysa Ap dos S. Orsini
30	QUINTA	07:30	8:00	11:00	11:30 13:00	16:00	17:30	Laysa Ap dos S. Orsini
31	SEXTA	07:30	8:00	11:00	11:30 13:00	16:00	17:30	Laysa Ap dos S. Orsini

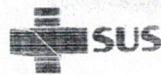
Danielle Pereira da Silva dos Santos - SECRETÁRIA

18.258.640/0001-61

Instituto São Domingos Sávio

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

CONTAGEM - MG



ATESTADO

Nome do(a) Sr(a): Luayza Aparecida dos Santos
 Número da Carteira Profissional nº _____
 e Carteira de Identidade nº _____

Não apresente 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 _____ as _____ horas.

Necessita permanecer afastado do trabalho por 104 dias a partir de 14/05/19 por motivo de doença CID. A90 (a pedido do paciente). (Este atestado é válido n/ finalidades prevista no art. 1436 1º do Decreto 2172 de 05/03/97 e Resolução CFM 1190/04 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: Esta Atestado serve para o uso em caso de rasura e de
 RUA WILSON JOSÉ DE SOUZA Nº 40
BAIRRO BERNARDO MONTEIRO
CONTAGEM - MG - TEL: 3352-5249
 UNIDADE DE SAÚDE **UNIDADE DA FAMÍLIA Nº 71**

DATA
14/05/19

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL