



Consultas - Emissão de comprovantes

A33R040820093551018
04/10/2018 08:26:18

04/10/2018 - BANCO DO BRASIL - 07:21:48
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 04/10/2018
NR. DOCUMENTO 551.633.000.031.565
VALOR TOTAL 1.147,98
***** TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: ZENAIDE SOARES COSTA
AGENCIA: 1633-0 CONTA: 31.565-6
NR. DOCUMENTO 551.633.000.062.552
=====

NR. AUTENTICACAO 6.132.D64.4CB.835.6A3

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.: 000022 - Zenaide Soares Costa		Período: 09/2018	
Cargo: 0023 - Auxiliar Educação		Matrícula:	CTPS: 0025580 / 00082
Depto.: 004 - Monitor		Admissão: 01/02/2016	CPF: 025.259.106-21
Verbas	Referência	Vencimentos	Descontos
0001 - Salário Contratual	30,00	1.339,68	
0094 - Vale Transporte	6,00		80,38
0214 - Seguro			4,15
0520 - Desconto INSS	8,00		107,17
		Total: 1.339,68	Total: 191,70
		Valor Líquido	1.147,98

Recebi o valor líquido, acima descrito em 04/10/18 Assinatura: _____

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	FGTS do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.339,68	1.339,68	1.339,68	107,17	1.232,51	

ATESTO QUE O SERVIÇO FOI
PRESTADO E/OU MATERIAL
FORNECIDO

CEIC SÃO DOMINGOS SÁVIO

LISTA DE PRESENÇA - Setembro/2018

FUNCIONÁRIA: Zenaide Soares Costa

DIA	ENTRADA	CAFÉ (M)	ALMOÇO	DESCANSO	CAFÉ (T)	SAÍDA	ASSINATURA
3 SEGUNDA	07:00	08:00	11:00	13:00 as 14:30	15:15	17:00	Zenaide S Costa
4 TERÇA	07:00	08:00	11:00	13:00 as 14:30	15:15	17:00	Zenaide S Costa
5 QUARTA	07:00	08:00	11:00	13:00 as 14:30	15:15	17:00	Zenaide S Costa
6 QUINTA	07:00	08:00	11:00	13:00 as 14:30	15:15	17:00	Zenaide S Costa
7 SEXTA	FERIADO	FERIADO	FERIADO	FERIADO	FERIADO	FERIADO	Zenaide S Costa
8 SÁBADO	XXXXXX	XXXXX	XXXXXX	XXXXXXXXX	XXXXX	XXXXXX	FERIADO
9 DOMINGO	XXXXXX	XXXXX	XXXXXX	XXXXXXXXX	XXXXX	XXXXXX	XXXXXXXXXX
10 SEGUNDA	07:00	08:00	11:00	13:00 as 14:30	15:15	17:00	XXXXXXXXXX
11 TERÇA	07:00	08:00	11:00	13:00 as 14:30	15:15	17:00	Zenaide S Costa
12 QUARTA	07:00	08:00	11:00	13:00 as 14:30	15:15	17:00	Zenaide S Costa
13 QUINTA	07:00	08:00	11:00	13:00 as 14:30	15:15	17:00	Zenaide S Costa
14 SEXTA	07:00	08:00	11:00	13:00 as 14:30	15:15	17:00	Zenaide S Costa
15 SÁBADO	XXXXXX	XXXXX	XXXXXX	XXXXXXXXX	XXXXX	XXXXXX	Zenaide S Costa
16 DOMINGO	XXXXXX	XXXXX	XXXXXX	XXXXXXXXX	XXXXX	XXXXXX	XXXXXXXXXX
17 SEGUNDA	07:00	08:00	11:00	13:00 as 14:30	15:15	17:00	XXXXXXXXXX
18 TERÇA	07:00	08:00	11:00	13:00 as 14:30	15:15	17:00	Zenaide S Costa
19 QUARTA	07:00	08:00	11:00	13:00 as 14:30	15:15	17:00	Zenaide S Costa
20 QUINTA	ATESTADO	-	-	-	-	-	Zenaide S Costa
21 SEXTA	ATESTADO	-	-	-	-	-	ATESTADO
22 SÁBADO	XXXXXX	XXXXX	XXXXXX	XXXXXXXXX	XXXXX	XXXXXX	ATESTADO
23 DOMINGO	XXXXXX	XXXXX	XXXXXX	XXXXXXXXX	XXXXX	XXXXXX	XXXXXXXXXX
24 SEGUNDA	7:00	08:00	11:00	13:00 as 14:30	15:15	17:00	XXXXXXXXXX
25 TERÇA	7:00	08:00	11:00	13:00 as 14:30	15:15	17:00	Zenaide S Costa
26 QUARTA	ATESTADO	-	-	-	-	-	ATESTADO
27 QUINTA	ATESTADO	-	-	-	-	-	ATESTADO
28 SEXTA	ATESTADO	-	-	-	-	-	ATESTADO
29 SÁBADO	XXXXXX	XXXXX	XXXXXX	XXXXXXXXX	XXXXX	XXXXXX	ATESTADO
30 DOMINGO	XXXXXX	XXXXX	XXXXXX	XXXXXXXXX	XXXXX	XXXXXX	XXXXXXXXXX

"Existem três tipos de pessoas. As que fazem as coisas acontecer, as que ficam vendo as coisas acontecer e as que se perguntam: O que aconteceu?" (Philip Kotler)



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

L CONTAGEM - MG

Nome do Paciente: ZENAIDE SOARES COSTA

Nº Pront.: 0000149057

Nº Atend. 27811690

Data de Nascimento: 10/03/1972 Idade: 46 Anos 6 Meses 10 Dias

Convênio: UNIMED BH

Nome de Mãe: MARIA GERALDA FERREIRA

Setor: PRONTO SOCORRO | ATENDIMENTO Leito:

Profissional: LUIZ RAMOS DOS SANTOS

Data Assinatura: 20/09/2018 12:27:43

ATESTADO MÉDICO

Atesto que o (a) Sr. (a) ZENAIDE SOARES COSTA necessita permanecer afastado por 02 dias a partir de 20/09/2018 por razões médicas. CID R104.

(Este atestado é válido para as finalidades previstas nos artigos 71 e 72, parágrafo 1ª do Decreto 3048/99, e será expedido para justificar o afastamento do trabalho de 1 a 15 dias).

Eu, ZENAIDE SOARES COSTA, RG M 8469862, autorizo a inclusão do CID no atestado médico.

ZENAIDE SOARES COSTA

Luiz Ramos dos Santos
Esp. 06
22548-4
006
Assinatura e Carimbo

ATESTADO MÉDICO



www.unimedle.com.br
1.0800.030.3003

Zenaida Soares Costa

Atestado que (o/a) Sr(a) _____

Não apresentou, ao exame clínico de rotina realizado nesta data, sinais de doenças infecciosas agudas, de alterações evidentes de órgãos dos sentidos ou vitios de conformação física. Durante a entrevista, não evidenciou sinais de déficit ou doença neuropsiquiátrica. Este atestado não é válido como exame médico administrativo, demissional ou pericial para fins da legislação de segurança e saúde do trabalhador. Vide Portaria nº 24/94 e NR nº 07 do Ministério do Trabalho.

Compareceu nesta data para consulta/avaliação, tendo permanecido na unidade no período de 11:00 às 14:00 horas.

Deverá afastar-se do trabalho no período de _____ dias, a partir de _____, conforme o disposto no inciso XVIII, art. 7º da CF e artigo 11, b do ADCT (Licença - Maternidade).

Não necessita permanecer afastado do trabalho por _____ dias, por motivo de doença CID _____ (Este atestado é válido para finalidades previstas nos artigos 71 e 72, parágrafo 1º do Decreto 304/8/99 e será expedido para justificar o afastamento do trabalho de 1 a 15 dias).

Eu, _____, RG _____, autorizo a inclusão do CID no atestado médico: _____

OBS.: PARA QUE ESTE ATESTADO TENHA VALOR, NÃO DEVE CONTER RASURAS E SOMENTE UM DOS ITENS DE 1 A 4 DEVE ESTAR ASSINALADO.

Data 25/09/18

Zenaida Soares Costa
CRM nº 0911
Médica Especialista em Ginecologia e Obstetrícia



AMS - nº 34.388-9

Centro de Promoção de Saúde Unimed - Unidade Convênio - Av. Babeia Catarina, 1.695 - Cidade Industrial - Campinas - CEP 13210-100

ATESTADO MÉDICO



www.unimedle.com.br
1.0800.030.3003

Zenaida Soares Costa

Atestado que (o/a) Sr(a) _____

Não apresentou, ao exame clínico de rotina realizado nesta data, sinais de doenças infecciosas agudas, de alterações evidentes de órgãos dos sentidos ou vitios de conformação física. Durante a entrevista, não evidenciou sinais de déficit ou doença neuropsiquiátrica. Este atestado não é válido como exame médico administrativo, demissional ou pericial para fins da legislação de segurança e saúde do trabalhador. Vide Portaria nº 24/94 e NR nº 07 do Ministério do Trabalho.

Compareceu nesta data para consulta/avaliação, tendo permanecido na unidade no período de _____ às _____ horas.

Deverá afastar-se do trabalho no período de _____ dias, a partir de _____, conforme o disposto no inciso XVIII, art. 7º da CF e artigo 11, b do ADCT (Licença - Maternidade).

Não necessita permanecer afastado do trabalho por _____ dias, por motivo de doença CID B17 (Este atestado é válido para finalidades previstas nos artigos 71 e 72, parágrafo 1º do Decreto 304/8/99 e será expedido para justificar o afastamento do trabalho de 1 a 15 dias).

Eu, _____, RG _____, autorizo a inclusão do CID no atestado médico: _____

OBS.: PARA QUE ESTE ATESTADO TENHA VALOR, NÃO DEVE CONTER RASURAS E SOMENTE UM DOS ITENS DE 1 A 4 DEVE ESTAR ASSINALADO.

Data 27/09/18

Zenaida Soares Costa
CRM nº 0911
Médica Especialista em Ginecologia e Obstetrícia



AMS - nº 34.388-9

Centro de Promoção de Saúde Unimed - Unidade Convênio - Av. Babeia Catarina, 1.695 - Cidade Industrial - Campinas - CEP 13210-100