



10/12/2018 - BANCO DO BRASIL - 08:00:58
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	10/12/2018
NR. DOCUMENTO	551.633.000.012.473
VALOR TOTAL	1.228,36

***** TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: TATIANE APARECIDA MENEZES

AGENCIA: 1633-0 CONTA: 12.473-7
NR. DOCUMENTO 551.633.000.062.552
=====

NR.AUTENTICACAO B.764.035.A7A.C4A.2F1

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.: 000033 - Tatiane Aparecida Menezes		Período: 11/2018	
Cargo: 0010 - Educadora Infantil		Matrícula:	CTPS: 0033694 / 00115
Depto.: 006 - Educador		Admissão: 05/03/2018	CPF: 047.872.986-31
Verbas	Referência	Vencimentos	Descontos
0001 - Salário Contratual	30,00	1.339,68	
0214 - Seguro			4,15
0520 - Desconto INSS	8,00		107,17
		Total: 1.339,68	Total: 111,32
		Valor Líquido 1.228,36	
Recebi o valor líquido, acima descrito em <u>10/12/18</u> Assinatura: <u>Tatiane Menezes</u>			
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	FGTS do Mês
1.339,68	1.339,68	1.339,68	107,17
		Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
		1.232,51	

ATESTADO QUE O SERVIÇO FOI PRESTADO E/OU MATERIAL FORNECIDO

CEIC SÃO DOMINGOS SAVIO
LISTA DE PRESENÇA - Novembro/2018

FUNCIONÁRIA: Tatiane Aparecida Menezes

DIA	ENTRADA	CAFÉ (M)	ALMOÇO	DESCANSO	CAFÉ (T)	SAÍDA	ASSINATURA
QUINTA	7:15	-	10:45	11:30-13:00	15:00	17:00	Tatiane Ap. Menezes
SEXTA	FERIADO	FERIADO	FERIADO	FERIADO	FERIADO	FERIADO	FERIADO
SÁBADO	XXXXXX	XXXXX	XXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXX	XXXXXX	XXXXXXXXXX
DOMINGO	XXXXXX	XXXXX	XXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXX	XXXXXX	XXXXXXXXXX
SEGUNDA	8:00	-	10:45	11:30-13:00	15:00	17:00	Tatiane Ap. Menezes
TERÇA	Atestado	-	-	-	-	-	Atestado
QUARTA	7:15	-	10:45	11:30-13:00	15:00	17:00	Tatiane Ap. Menezes
QUINTA	7:15	-	10:45	11:30-13:00	15:00	17:00	Tatiane Ap. Menezes
SEXTA	7:15	-	10:45	11:30-13:00	15:00	17:00	Tatiane Ap. Menezes
SÁBADO	XXXXXX	XXXXX	XXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXX	XXXXXX	XXXXXXXXXX
DOMINGO	XXXXXX	XXXXX	XXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXX	XXXXXX	XXXXXXXXXX
SEGUNDA	7:15	-	10:45	11:30-13:00	15:00	17:00	Tatiane Ap. Menezes
TERÇA	7:15	-	10:45	11:30-13:00	15:00	17:00	Tatiane Ap. Menezes
QUARTA	7:15	-	10:45	11:30-13:00	15:00	17:00	Tatiane Ap. Menezes
QUINTA	FERIADO	FERIADO	FERIADO	FERIADO	FERIADO	FERIADO	FERIADO
SEXTA	Recesso	-	-	-	-	-	RECESSO
SÁBADO	XXXXXX	XXXXX	XXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXX	XXXXXX	XXXXXXXXXX
DOMINGO	XXXXXX	XXXXX	XXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXX	XXXXXX	XXXXXXXXXX
SEGUNDA	7:15	-	10:45	11:30-13:00	15:00	17:00	Tatiane Ap. Menezes
TERÇA	FERIADO	FERIADO	FERIADO	FERIADO	FERIADO	FERIADO	FERIADO
QUARTA	7:15	-	10:45	11:30-13:00	15:00	17:00	Tatiane Ap. Menezes
QUINTA	7:15	-	10:45	11:30-13:00	15:00	17:00	Tatiane Ap. Menezes
SEXTA	7:15	-	10:45	11:30-13:00	15:00	17:00	Tatiane Ap. Menezes
SÁBADO	XXXXXX	XXXXX	XXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXX	XXXXXX	XXXXXXXXXX
DOMINGO	XXXXXX	XXXXX	XXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXX	XXXXXX	XXXXXXXXXX
SEGUNDA	7:15	-	10:45	11:30-13:00	15:00	17:00	Tatiane Ap. Menezes
TERÇA	7:15	-	10:45	11:30-13:00	15:00	17:00	Tatiane Ap. Menezes
QUARTA	7:15	-	10:45	11:30-13:00	15:00	17:00	Tatiane Ap. Menezes
QUINTA	7:15	-	10:45	11:30-13:00	15:00	17:00	Tatiane Ap. Menezes
SEXTA	7:15	-	10:45	11:30-13:00	15:00	17:00	Tatiane Ap. Menezes

"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 - SECRETARIA

[18.258.640/0001-61]

Instituto São Domingos Sávio

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

[CONTAGEM - MG]



63

Atesto que o(a) Sr(a) Tatiane Espinosa

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 consulta / exame, tendo permanecido na unidade período de _____ às _____ horas.

Necessita permanecer afastado do trabalho por 01 (um) dias, a partir de 02/11/18 por motivo de doença CIF: 200720 (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.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Dr. Marcelo ... 2018

DATA: 02/11/18 ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL