

COMPROVANTE DE PAGAMENTO ELETRONICO

PAGADOR: INSTITUTO SAO DOMINGOS SAVIO
CNPJ: 18.258.640/0001-61

FAVORECIDO: MARIA DA AJUDA SOUZA
CPF: 012.723.506-06
AGENCIA: 2818-5 - AVENIDA JOAO CESAR MG
CONTA: 53.116-2
DATA DE PAGAMENTO: 11/04/2022
VALOR CREDITADO (R\$): 1.472,27

EVENTO: SALARIO ORD EMPREGADOR
AUTENTICACAO SISBB: 7.338.60A.087.124.38F

Transação efetuada com sucesso por: J5621685 NELSON FERREIRA DA SILVA.

INSTITUTO SAO DOMINGOS SAVIO
18.258.640/0001-61

Rua Cubatão, 360 - Bairro Monte Castelo - Contagem
Demonstrativo de Pagamento

| | | |
|--------------------------------------|----------------------|-----------------------|
| Func.: 000005 - Maria da Ajuda Souza | Período: 03/2022 | |
| Cargo: 0099 - Auxiliar de Cozinha | Matricula: | CTPS: 0018537 / 00024 |
| Depto.: 000005 - Cozinha | Admissão: 01/07/2008 | CPF: 012.723.506-06 |

| Verbas | Referência | Vencimentos | Descontos |
|---------------------------|------------|-----------------|---------------|
| 0001 - Salário Contratual | 30,00 | 1.597,90 | |
| 0020 - Desconto INSS | 9,00 | | 125,63 |
| | | Total: 1.597,90 | Total: 125,63 |
| | | Valor Líquido | 1.472,27 |

ATESTO QUE O SERVIÇO FOI
PRESTADO E / OU MATERIAL
FORNECIDO 11/04/2022
Mami da conceição
Pires CPF: 66047351653

ATESTO QUE O SERVIÇO FOI
PRESTADO E / OU MATERIAL
FORNECIDO 11/04/2022
Nelson Ferreira da Silva
CPF: 20156723620

Recebi o valor líquido, acima descrito em 11/04/22 Assinatura: Maria da Ajuda Souza

| | | | | | |
|--------------|------------------|----------------|-------------|----------------|------------|
| Salário Base | Sal. Contr. INSS | Base Cál. FGTS | FGTS do Mês | Base Cál. IRRF | Faixa IRRF |
| 1.597,90 | 1.597,90 | 1.597,90 | 127,83 | 1.472,27 | |

Handwritten signature/initials



INSTITUTO SÃO DOMINGOS SÁVIO

18.258.640/0001-61

FOLHA DE PRESENÇA - MÊS: MARÇO- 2022

FUNCIONÁRIO(A) *Maria da Ajuda Souza*

CARGO: *Auxiliar de Cozinha*

| DATA | ASSINATURA | Entrada | INTERVALO/ALMOÇO | | Saída |
|--------|-----------------------|---------|------------------|---------|-------|
| | | | Saída | Entrada | |
| 01/mar | FERIADO | XXXX | XXXX | XXXX | XXXX |
| 02/mar | RECESSO | XXXX | XXXX | XXXX | XXXX |
| 03/mar | <i>Maria da Ajuda</i> | 7:00 | 13:00 | 14:30 | 17:00 |
| 04/mar | <i>Maria da Ajuda</i> | 7:00 | 13:00 | 14:30 | 17:00 |
| 05/mar | SÁBADO | | | | |
| 06/mar | DOMINGO | | | | |
| 07/mar | <i>Maria da Ajuda</i> | 7:00 | 13:00 | 14:30 | 17:00 |
| 08/mar | <i>Maria da Ajuda</i> | 7:00 | 13:00 | 14:30 | 17:00 |
| 09/mar | <i>Maria da Ajuda</i> | 7:00 | 13:00 | 14:30 | 17:00 |
| 10/mar | <i>Maria da Ajuda</i> | 7:00 | 13:00 | 14:30 | 17:00 |
| 11/mar | <i>Maria da Ajuda</i> | 7:00 | 13:00 | 14:30 | 17:00 |
| 12/mar | SÁBADO | | | | |
| 13/mar | DOMINGO | | | | |
| 14/mar | <i>Maria da Ajuda</i> | 7:00 | 13:00 | 14:30 | 17:00 |
| 15/mar | <i>Maria da Ajuda</i> | 7:00 | 13:00 | 14:30 | 17:00 |
| 16/mar | <i>Maria da Ajuda</i> | 7:00 | 13:00 | 14:30 | 17:00 |
| 17/mar | <i>Maria da Ajuda</i> | 7:00 | 13:00 | 14:30 | 17:00 |
| 18/mar | <i>Maria da Ajuda</i> | 7:00 | 13:00 | 14:30 | 17:00 |
| 19/mar | SÁBADO | | | | |
| 20/mar | DOMINGO | | | | |
| 21/mar | <i>Maria da Ajuda</i> | 7:00 | 13:00 | 14:30 | 17:00 |
| 22/mar | <i>Maria da Ajuda</i> | 7:00 | 13:00 | 14:30 | 17:00 |
| 23/mar | <i>Maria da Ajuda</i> | 7:00 | 13:00 | 14:30 | 17:00 |
| 24/mar | ATESTADO | X | X | X | X |
| 25/mar | ATESTADO | X | X | X | X |
| 26/mar | SÁBADO | | | | |
| 27/mar | DOMINGO | | | | |
| 28/mar | ATESTADO | X | X | X | X |
| 29/mar | <i>Maria da Ajuda</i> | 7:00 | 13:00 | 14:30 | 17:00 |
| 30/mar | <i>Maria da Ajuda</i> | 7:00 | 13:00 | 14:30 | 17:00 |
| 31/mar | <i>Maria da Ajuda</i> | 7:00 | 13:00 | 14:30 | 17:00 |

Sônia Maria Santos Soares
SÔNIA MARIA SANTOS SOARES - PRESIDENTE

CEIC São Domingos Sávio
CNPJ: 18.258.640/0001-61



Prefeitura Municipal de Contagem Secretaria Municipal de Saúde



ATESTADO MÉDICO

Atesto que o(a) Sr(a) Maria Andréa Souza
portador da Carteira Profissional nº _____
e Carteira de Identidade nº _____

Não apresenta ao exame clínico de rotina realizado nesta data sinais de doença infeeto-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 05 (cinco) dias, a partir de 24/03/22 por motivo de doença CID. J06 (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:

UBS MONTE CASTELO
RUA CUBATÃO, 336 MONTE CASTELO
SMS - CONTAGEM/MG
TEL. 3352-5314 / 3246-4900

DATA:

24.03.22

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL:

Dra. Franciane Couto Soares
CRM no 87850
CONTROLE 1343602

SMS