

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
41092	WISLINE MARDI AUX. DE COZINHA	513205	1	1
		Admissão:	10/02/2014	

go	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos		
81	DIAS NORMAIS	30,00	1.099,00			
995	SALARIO FAMILIA	2,00	63,42			
992	TROCO DO MES	0,00	0,25			
218	AUXILIO SEGURO	4,15		4,15		
998	I.N.S.S.	8,00		87,92		
993	TROCO MES ANTERIOR	0,66		0,66		
48	VALE TRANSPORTE	6,00		65,94		
			Total de Vencimentos	Total de Descontos		
			1.162,67	158,67		
			Valor Líquido →	1.004,00		
Salário Base		Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.099,00		1.099,00	1.099,00	87,92	631,90	0,00

ATESTO QUE O SERVIÇO FOI
PRESTADO E/OU MATERIAL
FORNECIDO 04 05/ 18

RESPONSÁVEL
1962984.120 CARMEN K

Declaro ter recebido a importância em dinheiro e o depósito em nome do Funcionário

Wislaine Mardi
Assassinatura do Funcionário

04/05/18
Data

FEIG - CEI IRMÃO JOSÉ GROSSO

WISLINE MARDI
AUX. DE COZINHA

Entrada: 07h00min Saída: 16h48min
Intervalo: 12h30min às 13h30min
Rep. Semanal: DOMINGO

1º ABR A 15 ABR/2018

H.NOR DIA	Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída
1	DOMINGO					
2	DOMINGO					
3	DOMINGO					
4	DOMINGO					
5	DOMINGO					
6	SABADO					
7	SABADO					
8	DOMINGO					
9	DOMINGO					
10	ATESTADO					
11	DOMINGO					
12	DOMINGO					
13	COMPENSAÇÃO					
14	SABADO					
15	DOMINGO					

FEIG - CEI IRMÃO JOSÉ GROSSO

WISLINE MARDI
AUX. DE COZINHA

Entrada: 07h00min Saída: 16h48min
Intervalo: 12h30min às 13h30min
Rep. Semanal: DOMINGO

16 ABR A 30 ABR/2018


H.NOR DIA	Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída
16	DOMINGO					
17	DOMINGO					
18	DOMINGO					
19	DOMINGO					
20	DOMINGO					
21	SABADO					
22	DOMINGO					
23	DOMINGO					
24	DOMINGO					
25	ATESTADO					
26	DOMINGO					
27	DOMINGO					
28	SABADO					
29	DOMINGO					
30	DOMINGO					
31	DOMINGO					

MICRO POINT
Representante Autorizado

Av. Amazonas, 5470 - Gameleira
TELEFAX: (31) 3334-9862
Belo Horizonte - MG
www.micropointing.com.br

Reconheço a exatidão destas anotações

Wislaine Mardi
Assinatura do Empregado

	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL		Página: 1 Posição: 29/06/2018
	CAIXA PROGRAMADO		
RELATÓRIO DE AGENDAMENTOS - SALÁRIO - AMPLIAÇÃO DE BASE			
CÓDIGO DO COMPROMISSO: 028525 NOME: FRATERNIDADE ESPIRITA IRMAO GL			Período de 04/05/2018 até 04/05/2018

FORMA DE CREDITO EM
 PAGAMENTO: CONTA

Agendamento	CPF	NOME	BCO	AGÊNCIA	TIPO DE CONTA	CONTA CREDITADA	DT CREDITO	MOTIVO	VALOR	MOEDA	SITUAÇÃO
002918	102.935.916-44	ARLINDA PEREIRA DE SOUZA	104	0090	Conta Salário	997635162-9	04/05/2018		1.014,00	Real	REMETIDO
002919	768.731.616-91	CARMEM LUCIA DA COSTA KHOURI	104	0090	Conta Salário	997635252-8	04/05/2018		1.568,00	Real	REMETIDO
002920	040.076.146-79	DANILA DA SILVA BARBOSA	104	0090	Conta Salário	997635251-0	04/05/2018		1.680,00	Real	REMETIDO
002921	073.870.126-28	ELICELIA FRANCISCA DE LIMA CAS	104	0090	Conta Salário	997635072-0	04/05/2018		982,00	Real	REMETIDO
002922	037.607.306-39	FABIANA MONTEIRO MARTINS	104	0089	Conta Salário	993885609-3	04/05/2018		1.816,00	Real	REMETIDO
002923	000.773.326-79	FATIMA MARIA DE SOUZA	104	0090	Conta Salário	997635250-1	04/05/2018		1.589,00	Real	REMETIDO
002924	059.817.716-74	FLAVIA APARECIDA BONFIM DE MO	104	0089	Conta Salário	988281274-6	04/05/2018		879,00	Real	REMETIDO
002925	007.004.776-67	GENIVALDA ANGELO MATEUS	104	0090	Conta Salário	997635029-0	04/05/2018		1.331,00	Real	REMETIDO
002926	013.154.916-21	GISLENE SILVA DE ALMEIDA SOARE	104	3797	Conta Salário	997244628-5	04/05/2018		1.225,00	Real	REMETIDO
002927	056.479.516-00	GRAZIELA VIANA DE OLIVEIRA	104	0089	Conta Salário	993756566-4	04/05/2018		1.226,00	Real	REMETIDO
002928	970.253.996-04	IMACULADA CONCEIÇÃO BONFIM FER	104	0090	Conta Salário	997635079-7	04/05/2018		1.231,00	Real	REMETIDO
002929	047.689.336-45	KARINA A DE OLIVEIRA SANTOS	104	0090	Conta Salário	997635177-7	04/05/2018		1.420,00	Real	REMETIDO
002930	064.206.446-66	LUCIVANIA FERREIRA DA SILVA	104	0090	Conta Salário	997634522-0	04/05/2018		1.312,00	Real	REMETIDO
002931	030.776.526-17	MARIA DAS GRAÇAS SILVA	104	2940	Conta Salário	997334180-0	04/05/2018		1.332,00	Real	REMETIDO
002932	692.479.006-20	MARIA DOS ANJOS PEREIRA DA SIL	104	0090	Conta Salário	997635197-1	04/05/2018		1.444,00	Real	REMETIDO
002933	989.140.736-53	NEIDE APARECIDA S M NEVES	104	0090	Conta Salário	997635244-7	04/05/2018		1.565,00	Real	REMETIDO
002934	077.259.286-18	PALLOMA JESSICA FIDELIX	104	0089	Conta Salário	997173040-0	04/05/2018		942,00	Real	REMETIDO
002935	044.944.036-28	REGINA PEREIRA RIBEIRO	104	0090	Conta Salário	997634523-8	04/05/2018		1.226,00	Real	REMETIDO
002936	936.930.106-25	RENATA APARECIDA VILAÇA	104	0090	Conta Salário	997635073-8	04/05/2018		1.593,00	Real	REMETIDO
002937	042.424.926-00	RITA DE CASSIA SANTOS	104	0090	Conta Salário	997635175-0	04/05/2018		1.445,00	Real	REMETIDO
002938	045.762.656-95	ROSANA LUCIA DOS SANTOS	104	0090	Conta Salário	997635189-0	04/05/2018		1.126,00	Real	REMETIDO
002939	700.106.002-05	WISLINE MARDI	104	0090	Conta Salário	997635028-2	04/05/2018		1.004,00	Real	REMETIDO
002940	001.052.046-50	ZILENE RODRIGUES DA SILVA	104	0090	Conta Salário	997635247-1	04/05/2018		1.589,00	Real	REMETIDO
TOTAL GERAL:									30.539,00		



Prefeitura Municipal de Contagem
Secretaria Municipal de Saúde
ATESTADO



Atesto que o(a) Sr(a) MISCEBANTINA MARTINS DE JESUS

portador da Carteira Profissional nº JUVENTINA PAULA DE JESUS

Av. Joao Cesar de Oliveira, 4495
Bairro Cinco - Tel.: 3363-5300

e Carteira de Identidade nº _____
Não apresenta ao exame clinico 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 _____ às _____ horas.

Necessita permanecer afastado do trabalho por 09 (nove) dias, a partir de 09/10/18 por motivo de doença CID: _____ (a pedido do

paciente) (Este atestado é válido por 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). Necessita dos exames necessários
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.

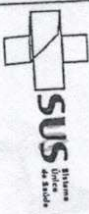
UNIDADE DE SAÚDE

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

DATA 09/10/18



ATESTADO



Atesto que o(a) Sr(a) Waldira Maria

Portador da Carteira Profissional nº _____

e Carteira de Identidade nº _____

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Não apresenta ao exame clinico 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 de segurança e saúde do trabalhador, vide portaria nº 24 de 29/12/94 do Ministério do Trabalho).

UBS: PSE DE SANTA CECILIA
CRESNA: 2114046

Compareceu nesta data para consulta / exame tendo permanecido nesta unidade no período de 08:00 às 08:36 horas.

Necessita permanecer afastado do trabalho por _____ (_____) dias, a partir de _____ / _____ / _____ por motivo de doença CID: _____ (a pedido do cliente). (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 disposto no inciso XVII, art. 7º, capítulo II, título II da Constituição Federal 05/10/1988. (Licença Maternidade).

OBS: Este atestado perderá o valor em caso de rasura e de preenchimento de mais de um campo.

UNIDADE DE SAÚDE

DATA 03/04/20

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL
Kenia C. S. Abreu
ENFERMEIRA
CORENMG: 316338