

00012 GRUPO ESTUDO E TRAB EDUC COMUNITARIA RUA PAULO SERGIO, 872 01/09/2018 a 30/09/2018			Demonstrativo de Pagamento de Salário CONVENIO - SEDUC		20511135000129
000009 GESSICA NAYARA OLIVEIRA CARVALHO			EDUCADOR (A)		
Cód.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
001	Salario Base	030,00	1.390,00		
999	Arredondamento no Mes		0,80		
610	Desc Arredondamento Mes Anterior			0,60	
903	INSS Folha			111,20	
			1.390,80	111,80	
			Valor Líquido	1.279,00	
Saldo Base	Sal. Contri. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.390,00	1.390,00	8,00	1.390,00	111,20	1.278,80
DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE RECIBO					
04/10/2018			ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO		
DATA					

ATESTO QUE O SERVIÇO
FOI PRESTADO E/OU MA-
TERIAL FORNECIDO.
04/10/2018
Gessica M.B.L. 175607
Bairro - MG/480.744

Comp 018 Banco 001 Agência 1833 DV 0 C1 8 Conta 62.525-6 C2 7 Série 800 Cheque N° 650082 C3 7 R\$ 1.279,80

Pague por este cheque a quantia de Hum mil, duzentos e setenta e nove reais e centavos acima

a Gessica Nayara Oliveira Carvalho ou à sua ordem

Contagem, 04 de outubro de 2018

Maíra Sobral Lima de Sousa

BANCO DO BRASIL
ELDORADO MG
00.000.000/3531:91
AV JOAO C. DE OLIVEIRA
2669 - ELDORADO
CONFECCAO: 08/2018

GRUPO DE ESTUDOS E TRABALHO EM EDUCACAO COMUNITARIA GETEC
CNPJ 20.511.135/0001-29
CLIENTE BANCARIO DESDE 09/2005

GRUPO DE ESTUDOS E TRABALHO EM EDUCAÇÃO COMUNITÁRIA Rua Paulo Sérgio, 872 – jardim das oliveiras – fone: 3393-1747 – Contagem MG	GETEC
NOME DO FUNCIONÁRIO: <i>Janaina</i>	MÊS/ ANO: <i>Dezembro 2018</i>

HORÁRIO DE TRABALHO		
ENTRADA	INTERVALO	SAÍDA

Dia	Semana	1º expediente		2º expediente		Horas extras		Assinatura
		Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída	
1	<i>Sábado</i>	-	-	-	-			-
2	<i>Domingo</i>	-	-	-	-			-
3	<i>Segunda</i>	08:00	12:00	13:30	17:30			<i>[Signature]</i>
4	<i>Terça</i>	08:00	12:00	13:30	17:30			<i>[Signature]</i>
5	<i>Quarta</i>	08:00	12:00	13:30	17:30			<i>[Signature]</i>
6	<i>Quinta</i>	<i>(Atestado)</i>		13:30	17:30			<i>[Signature]</i>
7	<i>Sexta</i>	<i>(Feriado)</i>						<i>[Signature]</i>
8	<i>Sábado</i>	-	-	-	-			-
9	<i>Domingo</i>	-	-	-	-			-
10	<i>Segunda</i>	08:00	12:00	13:30	17:30			<i>[Signature]</i>
11	<i>Terça</i>	08:00	12:00	13:30	17:30			<i>[Signature]</i>
12	<i>Quarta</i>	08:00	12:00	13:30	17:30			<i>[Signature]</i>
13	<i>Quinta</i>	08:00	12:00	13:30	17:30			<i>[Signature]</i>
14	<i>Sexta</i>	<i>(Atestado)</i>		13:30	17:30			<i>[Signature]</i>
15	<i>Sábado</i>	-	-	-	-	-	-	-
16	<i>Domingo</i>	-	-	-	-	-	-	-
17	<i>Segunda</i>	08:00	12:00	13:30	17:30			<i>[Signature]</i>
18	<i>Terça</i>	08:00	12:00	13:30	17:30			<i>[Signature]</i>
19	<i>Quarta</i>	08:00	12:00	13:30	17:30			<i>[Signature]</i>
20	<i>Quinta</i>	08:00	12:00	13:30	17:30			<i>[Signature]</i>
21	<i>Sexta</i>	08:00	12:00	13:30	17:30			<i>[Signature]</i>
22	<i>Sábado</i>	-	-	-	-			<i>[Signature]</i>
23	<i>Domingo</i>	-	-	-	-			-
24	<i>Segunda</i>	08:00	12:00	13:30	17:30			<i>[Signature]</i>
25	<i>Terça</i>	08:00	12:00	13:30	17:30			<i>[Signature]</i>
26	<i>Quarta</i>	08:00	12:00	13:30	17:30			<i>[Signature]</i>
27	<i>Quinta</i>	08:00	12:00	13:30	17:30			<i>[Signature]</i>
28	<i>Sexta</i>	08:00	12:00	13:30	17:30			<i>[Signature]</i>
29	<i>Sábado</i>	-	-	-	-			-
30	<i>Domingo</i>	-	-	-	-			-
31	-	-	-	-	-	-	-	-

Visto do empregador

20.511.135/0001-291
 INSC. ESTADUAL: ISENTO
 INSC. MUNICIPAL: 59976012
 GRUPO DE ESTUDOS E TRABALHO
 EM EDUCAÇÃO COMUNITÁRIA
 Rua Paulo Sérgio, n.º 872
 B. Jardim das Oliveiras - CEP 32.371-212
CONTAGEM - MG

DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO

Declaro para os devidos fins que

Jessica Dayane Oliveira Carvalho
permaneceu nesta unidade no dia 14 / 09 / 18
no período de 08 : 00 - às 10 : 45 h, para:

Belo Horizonte, 14 de Setembro de 2018.

Elida Domingas Pereira
COREN - MG 396.629 - ENF. OBSTÉTRICA

Assinatura e Carimbo do Profissional

Hospital conveniado ao SUS - Sistema Único de Saúde



Atesto que o(a) Sr(a) Jessica Mayara Oliveira
Carvalho
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 no período de 10:45 às 18 horas.

Necessita permanecer afastado do trabalho por _____ () dias, a partir de _____ / _____ / _____ por motivo de doença CID. _____ (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 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.

CENTRO MATERNO INFANTIL
UNIDADE SAÚDE NA PAULA DE JESUS
Av. João César da Oliveira, nº 4495
Bairro Cinco Anos - Belo Horizonte - MG

06/09/18

