

Número
850594

Comp 018 Banco 001 Agência 1804 DV X C1 7 Conta 88.324-7 C2 5 Série 800 Cheque N° 850594 C3 2 R\$ #1.023,50#

Pague por este cheque a quantia de Um mil e vinte e três reais e cinquenta cen
tavos 11 e centavos acima

a Rosilene Martins Santos Alves ou à sua ordem

Contagem, 03 de Maio de 2019

BANCO DO BRASIL
CEASA-CONTAGEM MG
00.000.000/3525.43
CEASA CONTAGEM MG
BR 040 KM 688 CEASA-MG
CONFECCAO: 04/2019

ASSOCIACAO DE ASSISTENCIA SOCIAL NOSSA SENHORA DE NAZARE
CNPJ 23.241.854/0001-65
CLIENTE BANCARIO DESDE 04/1994



ASSOCIACAO DE ASSISTENCIA SOCIAL NOSSA SENHORA DE NAZARE

23.241.854/0001-65

Rua R DES LUCIANO SOUZA LIMA , 59 - Bairro BERNARDO MONTEIRO - Contagem

Demonstrativo de Pagamento

Func.: 000031 - Rosilene Martins Santos Alves		Período: 04/2019	
Cargo: 0063 - Ajudante		Matrícula:	CTPS: 0035881 / 00028
Depto.: 007 - Ajudante		Admissão: 17/08/2015	CPF: 756.615.516-49
Verbas	Referência	Vencimentos	Descontos
0001 - Salário Contratual	30,00	1.076,84	
0500 - Salário Família	1,00	32,80	
0520 - Desconto INSS	8,00		86,14
		Total: 1.109,64	Total: 86,14
		Valor Líquido	1.023,50

ATESTO QUE O SERVIÇO FOI
PRESTADO E/OU MATERIAL
FORNECIDO 03/05/2019
[Assinaturas]

Recebi o valor líquido, acima descrito em 03/05/19 Assinatura: Rosilene Martins Santos Alves

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	FGTS do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.076,84	1.076,84	1.076,84	86,14	990,70	



ASSOCIAÇÃO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL N. S. DE NAZARÉ

CNPJ 23.241.854/0001-65

FOLHA DE PRESENÇA - MÊS: Abril- 2019

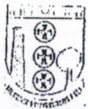
FUNCIONÁRIO(A) ROSILENE MARTINS SANTOS ALVES

DATA	ASSINATURA	INTERVALO/ALMOÇO			
		Entrada	Saída	Entrada	Saída
01/abr	ATESTADO	—	—	—	—
02/abr	ATESTADO	—	—	—	—
03/abr	ATESTADO				
04/abr	Rosilene Martins Santos Alves	8:00	12:00	13:45	15:45
05/abr	Rosilene Martins Santos Alves	8:00	12:00	13:45	17:45
06/abr	Rosilene Martins Santos Alves	8:00	—	—	12:00
07/abr	DOMINGO				
08/abr	Rosilene Martins Santos Alves	8:00	12:00	13:45	17:45
09/abr	Rosilene Martins Santos Alves	8:00	12:00	13:45	17:45
10/abr	Rosilene Martins Santos Alves	8:00	12:00	13:45	17:45
11/abr	Rosilene Martins Santos Alves	8:00	12:00	13:45	17:45
12/abr	FERIADO				
13/abr	Rosilene Martins Santos Alves	8:00	—	—	12:00
14/abr	DOMINGO				
15/abr	Rosilene Martins Santos Alves	8:19	12:00	13:25	17:45
16/abr	Rosilene Martins Santos Alves	8:15	12:00	13:45	17:45
17/abr	Rosilene Martins Santos Alves	8:00	12:00	13:45	17:45
18/abr	RECESSO				
19/abr	FERIADO				
20/abr	Rosilene Martins Santos Alves	8:00	—	—	12:00
21/abr	DOMINGO				
22/abr	Rosilene Martins Santos Alves	8:00	12:00	13:25	17:45
23/abr	Rosilene Martins Santos Alves	8:52	12:00	13:45	17:45
24/abr	Rosilene Martins Santos Alves	8:00	12:00	13:45	17:45
25/abr	Rosilene Martins Santos Alves	8:00	12:00	13:45	17:45
26/abr	Rosilene Martins Santos Alves	8:00	12:00	13:45	17:45
27/abr	Rosilene Martins Santos Alves	8:00	—	—	12:00
28/abr	DOMINGO				
29/abr	Rosilene Martins Santos Alves	8:00	12:00	13:45	17:45
30/abr	Rosilene Martins Santos Alves	8:00	12:00	13:45	17:45

23.241.854/0001-65

ASSOCIAÇÃO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL
NOSSA SENHORA DE NAZARÉR. Des. Luciano Souza Lima nº 59
Bernardo Monteiro - CEP 32010-300

CONTAGEM - MG



Prefeitura Municipal de Contagem
Secretaria Municipal de Saúde
ATESTADO

ESF Bela Vista
EQUIPE DE SAÚDE

Atesto que o(a) Sr(a) Rosilene Martins Santos
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 _____ às _____ horas.

Necessita permanecer afastado do trabalho por 03 (três) dias, a partir de 03/04/19 por motivo de doença CII: A.90 (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.

UNIDADE DE SAÚDE <u>ESF Bela Vista</u>	
DATA <u>03/04/19</u>	ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

Jane