

Número
850781

Comp	Banco	Agência	DV	C1	Conta	C2	Série	Cheque N°	C3
018	001	1804	X	7	66.324-7	5	800	850781	3
018	001	1804	X	7	66.324-7	5	800	850781	3

R\$ ≠ 990,70 ≠

Pague por este cheque a quantia de Novecentos e noventa Reais e setenta centavos e centavos acima

a Rayane Mariana Martins Peixoto ou à sua ordem

Contagem 09 de Dezembro de 2019



CEASA-CONTAGEM MG
00.000.000/3525.43
CEASA CONTAGEM MG
BR 040 KM 688 CEASA-MG
CONFECCAO: 11/2019

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

000118042 0183507815 23606632479

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.: 000046 - Rayane Mariana Martins Peixoto		Período: 11/2019
Cargo: 0018 - Auxiliar de Sala		Matrícula:
Depto.: 004 - Monitor		CTPS: 3356558 / 00050
		Admissão: 11/04/2018
		CPF: 147.761.496-64

Verbas	Referência	Vencimentos	Descontos
0001 - Salário Contratual	30,00	1.076,84	
0520 - Desconto INSS	8,00		86,14

ATESTO QUE O SERVIÇO FOI PRESTADO E / OU MATERIAL FORNECIDO 09/12/2019
M-7790332 M-8636939

Total:	1.076,84	Total:	86,14
Valor Líquido		990,70	

Recebi o valor líquido, acima descrito em 09/12/19 Assinatura: Rayane Mariana Martins Peixoto

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: NOVEMBRO - 2019

FUNCIONÁRIO(A) RAYANE MARIANA MARTINS PEIXOTO

DATA	ASSINATURA	INTERVALO/ALMOÇO			
		Entrada	Saída	Entrada	Saída
01/nov	ATESTADO	-	-	-	-
02/nov	FERIADO				
03/nov	DOMINGO				
04/nov	Rayane Mariana M. Peixoto	07:00	12:00	13:12	17:00
05/nov	Rayane Mariana M. Peixoto	07:00	12:00	13:12	17:00
06/nov	Rayane Mariana M. Peixoto	07:00	12:00	13:12	17:00
07/nov	Rayane Mariana M. Peixoto	07:00	12:00	13:12	17:00
08/nov	Rayane Mariana M. Peixoto	07:00	12:00	13:12	17:00
09/nov	SÁBADO				
10/nov	DOMINGO				
11/nov	Rayane Mariana M. Peixoto	07:00	12:00	13:12	17:00
12/nov	Rayane Mariana M. Peixoto	07:00	12:00	13:12	17:00
13/nov	Rayane Mariana M. Peixoto	07:00	12:00	13:12	17:00
14/nov	Rayane Mariana M. Peixoto	07:00	12:00	13:12	17:00
15/nov	FERIADO				
16/nov	SÁBADO				
17/nov	DOMINGO				
18/nov	Rayane Mariana M. Peixoto	07:00	12:00	13:12	17:00
19/nov	Rayane Mariana M. Peixoto	07:00	12:00	13:12	17:00
20/nov	FERIADO				
21/nov	Rayane Mariana M. Peixoto	07:00	12:00	13:12	17:00
22/nov	Rayane Mariana M. Peixoto	07:00	12:00	13:12	17:00
23/nov	SÁBADO				
24/nov	DOMINGO				
25/nov	Rayane Mariana M. Peixoto	07:00	12:00	13:12	17:00
26/nov	Rayane Mariana M. Peixoto	07:00	12:00	13:12	17:00
27/nov	Rayane Mariana M. Peixoto	07:00	12:00	13:12	17:00
28/nov	Rayane Mariana M. Peixoto	07:00	12:00	13:12	17:00
29/nov	Rayane Mariana M. Peixoto	07:00	12:00	13:12	17:00
30/nov	SABADO				

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.



ATESTADO MÉDICO

Atesto que o(a) Sr(a) Rayane Lariane Fortes
portador da Carteira Profissional nº _____
e Carteira de Identidade nº _____

Não apresenta ao exame clínico de rotina realizado nesta data sinais de doença 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 01 (um) dias, a partir de 01/11/19 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 _____ a _____ 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:

DATA:

01/11/19

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

Jessica Renata de Moura Perato
MÉDICA
CRM 3928
CONTAGEM (35781)