

Número
851495

Comp	Banco	Agência	DV	C1	Conta	C2	Série	Cheque N°	C3
018	001	1804	X	7	68.324-7	5	800	851495	0
018	001	1804	X	7	68.324-7	5	800	851495	0

R\$ # 1.310,20 #

Pague por este cheque a quantia de UM MIL TREZENTOS E DEZ REAIS E VINTE CENTAVOS - 11 -

Edilene e centavos acima
a Edilene Gomes Silva ou à sua ordem

CONTAGEM de DEZEMBRO de 2021



CEASA-CONTAGEM MG
00.000.000/3525.43
CEASA CONTAGEM MG
BR 040 KM 688 CEASA-MG
CONFECCAO: 11/2021

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

54
JA



10419793091475

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.: 000010 - Edilene Gomes Silva		Período: 11/2021	
Cargo: 0061 - Educador Infantil		Matricula:	CTPS: 0046321 / 00154
Depto.: 000006 - Educador		Admissão: 01/03/2021	CPF: 109.997.866-10
Verbas	Referência	Vencimentos	Descontos
0001 - Salário Contratual	30,00	1.522,00	
0520 - Desconto INSS	9,00		120,48
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;"> <p>ATESTO QUE O SERVIÇO FOI PRESTADO E / OU MATERIAL FORNECIDO <u>07/12/21</u> <u>Virgínia Duclerminto Zambaldi</u> MG-12057486</p> </div>		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;"> <p>ATESTO QUE O SERVIÇO FOI PRESTADO E / OU MATERIAL FORNECIDO <u>07/12/21</u> <u>Bruna Almeida Rodrigues</u> MG-15138204</p> </div>	
		Total: 1.522,00	Total: 120,48
		Valor Líquido	1.401,52

Recebi o valor líquido, acima descrito em 07/12/2021 Assinatura: Edilene Gomes Silva

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	FGTS do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.522,00	1.522,00	1.522,00	121,76	1.401,52	

Handwritten signature



ASSOCIAÇÃO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL N. S. DE NAZARÉ

CNPJ 23.241.854/0001-65

FOLHA DE PRESENÇA - MÊS: NOVEMBRO - 2021

FUNCIONÁRIO(A) EDILENE GOMES SILVA

FUNÇÃO: EDUCADORA INFANTIL

DATA	ASSINATURA	Entrada	INTERVALO/ALMOÇO		Saída
			Saída	Entrada	
01/nov	RECESSO				
02/nov	FERIADO				
03/nov	ATESTADO				
04/nov	ATESTADO				
05/nov	ATESTADO	decreto 1526/2020 tele trab.			
06/nov	SÁBADO				
07/nov	DOMINGO				
08/nov	ATESTADO				
09/nov	ATESTADO				
10/nov	ATESTADO				
11/nov	ATESTADO				
12/nov	ATESTADO	decreto 1526/2020 tele trab.			
13/nov	SÁBADO				
14/nov	DOMINGO				
15/nov	FERIADO				
16/nov	Edilene Gomes Silva	07:30	12:12	13:24	17:30
17/nov	Edilene Gomes Silva	07:30	12:12	13:24	17:30
18/nov	Edilene Gomes Silva	07:30	12:12	13:24	17:30
19/nov	Edilene Gomes Silva	decreto 1526/2020 tele trab.			
20/nov	FERIADO				
21/nov	DOMINGO				
22/nov	Edilene Gomes Silva	07:30	12:12	13:24	17:30
23/nov	Edilene Gomes Silva	07:30	12:12	13:24	17:30
24/nov	Edilene Gomes Silva	07:30	12:12	13:19	17:30
25/nov	Edilene Gomes Silva	07:30	12:12	13:24	17:30
26/nov	Edilene Gomes Silva	decreto 1526/2020 tele trab.			
27/nov	SÁBADO				
28/nov	DOMINGO				
29/nov	Edilene Gomes Silva	07:30	12:12	13:12	15:00
30/nov	Edilene Gomes Silva	07:30	12:12	13:12	17:30
31/out	DOMINGO				

Licença maternidade: Dispositivo no inciso XIII, art 7º capítulo II

23.241.854/0001-65

ASSOCIAÇÃO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL
NOSSA SENHORA DE NAZARÉ

R. Des. Luciano Souza Lima nº 59
Bernardo Monteiro - CEP 32010-300

CONTAGEM - MG.



56
JMC

ATESTADO MÉDICO

Atesto que o(a) Sr(a) Evelene Gomes Silva
portador da Carteira Profissional nº _____
e Carteira de Identidade nº _____

Não apresenta ao exame clínico de rotina realizado nesta data sinais de doença infecciosa-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 15 (quinze) dias, a partir de 26/10/2021 por motivo de doença CID. Z76.3 (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.

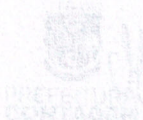
UNIDADE DE SAÚDE:

DATA:

26/10/21

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL:

[Assinatura]
Dra. Ana Leticia A. Barbosa
CRM 85117
RUE 031.3670



ATESTADO MÉDICO

Atesto que o(a) Sr(a) Evelene Gomes Silva
portador da Carteira Profissional nº _____
e Carteira de Identidade nº _____

Não apresenta ao exame clínico de rotina realizado nesta data sinais de doença infecciosa-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).**