

Número
850180

Comp 018 Banco 001 Agência 0503 DV 7 C1 4 Conta 88.324-7 C2 3 Série 800 Cheque N.º 850180 C3 7 R\$ 1.128,76
018 001 0503 7 4 88.324-7 3 800 850180 7

Pague por este cheque a, quantia de Um mil cento e vinte e oito Reais e Setenta e seis Centavos e centavos acima

a Roberta Verissima dos Santos ou à sua ordem

Contagem 02 de março de 2018



EMPRESA CINDU MG
00.000.000/0000.00

CONFECCAO: 12/2017

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

000105039 01885018054 108006632478

t ASSOCIACAO DE ASSISTENCIA SOCIAL **Recibo de Pagamento de Salário**
Rua R DES LUCIANO SOUZA LIMA, 59 - Bairro BERNARDO MONTEIRO - Cont
23.241.854/0001-65 Ref. a 2/2018

Código Nome do Funcionário CRC Emp. Local Depto. Sator Seção Fi.
000006 Roberta Verissima dos Santos Educ. Infan pedagogico

Cód.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
0001	Salario Contratual	28,00	1.312,51	
0093	Vale Transporte	6,00		78,75
0520	Desconto INSS	8,00		105,00

ATESTO QUE O SERVIÇO FOI
PRESTADO E/OU MATERIAL
FORNECIDO 02/03/018
[Assinaturas]
M-740312 M-8636035

Total de 1.312,51 Total de Descontos 183,75

Valor Líquido 1.128,76

1.312,51 Sal. Base Sal. com INSS, 51 Descontos 183,75 FGTS do 105,00 1.207,51 Faixa IRRF

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTANCIA LIQUIDA DISCRIMINADA NESTE RECIBO.

02 03 18 *Roberta Verissima Santos*
ASSINATURA DO FUNCIONARIO
DATA





ASSOCIAÇÃO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL N. S. DE NAZARÉ

CNPJ 23.241.854/0001-65

FOLHA DE PRESENÇA - MÊS: FEVEREIRO- 2018

FUNCIONÁRIO(A) ROBERTA VERÍSSIMA DOS SANTOS

DATA	ASSINATURA	INTERVALO/ALMOÇO			
		Entrada	Saída	Entrada	Saída
01/fev					
02/fev					
03/fev	SÁBADO				
04/fev	DOMINGO				
05/fev					
06/fev					
07/fev					
08/fev					
09/fev					
10/fev	SÁBADO				
11/fev	DOMINGO				
12/fev					
13/fev	FERIADO				
14/fev	FERIADO				
15/fev	Roberta Veríssima Santos	7:30	12:00	13:12	17:00
16/fev	Roberta Veríssima Santos	7:30	12:00	13:12	17:00
17/fev	SÁBADO				
18/fev	DOMINGO				
19/fev	Roberta Veríssima Santos	7:30	12:00	13:12	17:05
20/fev	ATESTADO	—	—	—	—
21/fev	Roberta Veríssima Santos	7:30	12:00	13:12	17:00
22/fev	Roberta Veríssima Santos	7:30	12:00	13:12	17:00
23/fev	Roberta Veríssima Santos	7:30	12:00	13:12	17:00
24/fev	SÁBADO				
25/fev	DOMINGO				
26/fev	ATESTADO	—	—	—	—
27/fev	ATESTADO	—	—	—	—
28/fev	Roberta Veríssima Santos	7:30	12:00	13:12	17:00

 <p>PREFEITURA DE BETIM</p>	<p>DR. JOÃO NARCISIO DE ATESTADO R. Rio Grande do Sul, 941 A. Universal - CEP: 32.686-090 Tel: 3511-8528 C.NES: 5605844</p>	 <p>SUS Sistema Único de Saúde</p>
---	---	--

Atesto que o(a) Sr(a) Robson Valeriano dos 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 valido como exame médico admissional, demissional ou periódico para fins da legislação de segurança e saúde do trabalhador, vide portaria nº 24 de 29/12/94 do Ministério do Trabalho).

Compareceu nesta data para consulta / exame, tendo permanecido nesta unidade no período de _____ às _____ horas.


Necessita permanecer afastado do trabalho por 1 (um) 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 de 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
C-S. Universal

DATA
20/02/2018

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

JOÃO NARCISIO DE
CRMG 55263
CONCRETE 931874



PREFEITURA DE BETIM

ATESTADO

BA
R. 10
L. 10



SUS
Sistema
União
de Saúde

65

Atesto que o(a) Sr(a) Roberta Verissimo Des Souto
 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 valido como exame médico admissional, demissional ou periódico para fins da legislação de segurança e saúde do trabalhador, vide portaria nº 24 de 29/12/94 do Ministério do Trabalho).

Compareceu nesta data para consulta / exame, tendo permanecido nesta unidade no período de 08:17 às 09:41 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 de 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

C.S. Universal

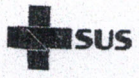
DATA

26/02/2018

Assinado em N. Neto
 ASSINATURA DO RESPONSÁVEL
 Nº 55263
 UNIDADE DE SAÚDE



Prefeitura Municipal de Contagem
Secretaria Municipal de Saúde
ATESTADO



Atesto que o(a) Sr(a) ROBERTA VENEZIANA DOS 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 04 dias, a partir de 27/02/16 por motivo de doença CID. N10 (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

UNIDADE PETROLÂNDIA

DATA
27/02/16

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

End. : Rua Refinaria União, nº 137
B. Petrolândia - Contagem - MG
Tel.: 3352-5312 / 5602