

Número 850155

Comp 018 Banco 001 Agência 0503 DV 7 4 C1 66.324-7 C2 5 800 Série 850155 Cheque N.º 850155

R\$ 1.269,64

Pague por este cheque a quantia de Um mil duzentos e sessenta e nove Reais e sessenta e quatro Centavos e centavos acima a Simone Rodrigues da Silva ou à sua ordem



EMPRESA CINDU MG 00.000.000/0000.00

CONFECÇÃO: 12/2017

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

Contagem 24 de Janeiro de 2018

000105030 0188501555 123006632477

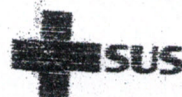
ASSOCIACAO DE ASSISTENCIA SOCIAL NOSSA SENHORA DE NAZARE
23.241.854/0001-65

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

Demonstrativo de Pagamento

Func.: 000014 - Simone Rodrigues da Silva		Período: 01/2018	
Cargo: 0010 - Educadora Infantil		Matrícula:	CTPS: 8702575 / 00010
Depto.: 002 - Pedagógico		Admissão: 01/06/2008	CPF: 097.662.586-51
Verbas	Referência	Vencimentos	Descontos
0005 - Salário Maternidade	31,00	1.312,50	
0500 - Salário Família	2,00	62,14	
0520 - Desconto INSS	8,00		105,00
		Total: 1.374,64	Total: 105,00
		Valor Líquido:	1.269,64
Recebi o valor líquido, acima descrito em <u>24/01/018</u> Assinatura: <u>Simone R. da Silva</u>			
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	FGTS do Mês
1.312,50	1.312,50	1.312,50	105,00
		Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
		1.207,50	

TESTO QUE O SERVIÇO FOI
PR. LIACC E/OU MATERIAL
FORNECIDO 24/01/018
M-7740319 M-8636939



Atesto que o(a) Sr(a) Simone Rodrigues Silva Lunha

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 evidencio 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 _____ dias, a partir de _____ / _____ / _____ por motivo de doença CID. _____ (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 120 (cento e vinte) dias, a partir de 10/01/18

conforme o dispositivo no inciso XVII, art. 7º, capítulo II, título II da Constituição Federal de 5/10/88. (Licença - Maternidade).

OBS.: Este Atestado perderá o valor em caso de rasura e de preenchimento de mais de um campo.

UNIDADE DE SAÚDE

**CENTRO MATERNO INFANTIL
JUVENTINA PAULA DE JESUS**
Av. João César de Oliveira, nº 4495
Bairro Cinco - Tel: 3363-5300

DATA

16/01/18

S-At

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

Gra. Lucymara Cristina A. Fernandes

CM 57317

CONTROLE 2206021

CM 57317

CONTROLE 2206021