

60

Número 850427

Comp 018 Banco 001 Agência 1804 DV X C1 7 Conta 66.324-7 C2 5 Série 800 Cheque N° 850427 C3 0 R\$ 1.152,13

imone
17109
1152,13

Pague por este cheque a quantia de Um mil cento e cinquenta e dois
Reais e treze centavos e centavos acima
a Simone Rodrigues Silva Cunha ou à sua ordem

BANCO DO BRASIL

CEASA-CONTAGEM MG
00.000.000/3525.43
CEASA CONTAGEM MG
BR 040 KM 688 CEASA-MG
CONFECCAO: 09/2018

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

Contagem 17 de Setembro de 2018

0001150422 01885042754 271006632476

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 Silva Cunha		Período: 08/2018			
Cargo: 0010 - Educadora Infantil		Matrícula:	CTPS: 8702575 / 00010		
Depto.: 002 - Pedagógico		Admissão: 01/06/2008	CPF: 097.662.586-51		
Verbas	Referência	Vencimentos	Descontos		
0001 - Salário Contratual	30,00	1.339,68			
0094 - Vale Transporte	6,00		80,38		
0520 - Desconto INSS	8,00		107,17		
		Total: 1.339,68	Total: 187,55		
		Valor Líquido	1.152,13		
Recebi o valor líquido, acima descrito em <u>17/09/18</u> Assinatura: <u>Simone Rodrigues Silva Cunha</u>					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	FGTS do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.339,68	1.339,68	1.339,68	107,17	1.232,51	

ATESTO QUE O SERVIÇO FOI PRESTADO E/OU MATERIAL FORNECIDO 17/09/18



ASSOCIAÇÃO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL N .S. DE NAZARÉ

CNPJ 23.241.854/0001-65

FOLHA DE PRESENÇA - MÊS: AGOSTO - 2018

FUNCIÓNÁRIO(A) SIMONE RODRIGUES SILVA CUNHA

DATA	ASSINATURA	INTERVALO/ALMOÇO			
		Entrada	Saida	Entrada	Saida
01/ago	Simone R. Silva Cunha	7:37	12:00	13:12	17:30
02/ago	Simone R. Silva Cunha	7:30	12:00	13:12	17:30
03/ago	Simone R. Silva Cunha	7:30	12:00	13:12	17:00
04/ago	SÁBADO				
05/ago	DOMINGO				
06/ago	Simone R. Silva Cunha	7:30	12:00	13:12	17:00
07/ago	Simone R. Silva Cunha	11:20	12:00	13:12	17:30
08/ago	Simone R. Silva Cunha	7:30	-	-	-
09/ago	ATESTADO	-	-	-	-
10/ago	ATESTADO	-	-	-	-
11/ago	SÁBADO				
12/ago	DOMINGO				
13/ago	ATESTADO	-	-	-	-
14/ago	Simone R. Silva Cunha	7:30	12:00	13:12	17:30
15/ago	Simone R. Silva Cunha	7:30	12:00	13:12	14:00
16/ago	Simone R. Silva Cunha	7:30	12:00	13:12	17:00
17/ago	ATESTADO	-	-	-	-
18/ago	SÁBADO				
19/ago	DOMINGO				
20/ago	ATESTADO	-	-	-	-
21/ago	ATESTADO	-	-	-	-
22/ago	Simone R. Silva Cunha	7:30	12:00	13:12	17:30
23/ago	Simone R. Silva Cunha	7:30	ATESTADO		
24/ago	ATESTADO				
25/ago	ATESTADO				
26/ago	DOMINGO				
27/ago	ATESTADO				
28/ago	ATESTADO				
29/ago	ATESTADO				
30/ago	FERIADO				
31/ago	ATESTADO				



Centro Médico de Contagem

31 3358.1000 Medicina avançada

centromedicodecontagem@gmail.com

Av. José Faria da Rocha, 1636 - Eldorado

62

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

Não apresenta, ao exame clínico de rotina realizado nesta data, sinais de doenças infectocontagiosas, de alterações evidentes de órgãos dos sentidos ou vícios de conformação física. Durante a entrevista, não evidenciou sinais de déficit ou doença neuropsiquiátrica. (Este atestado não é válido como exame médico admissional, demissional ou periódico para fins da legislação de segurança e saúde do trabalhador. Vide Portaria nº 24/94 e NR nº 07, do Ministério do Trabalho).

Compareceu nesta data consulta/exame, tendo permanecido na unidade no período de 08:00 às 10:00 horas.

Compareceu nesta data consulta/exame, acompanhado pelo Sr(a) _____, tendo permanecido na unidade no período de _____ às _____ horas.

Necessita permanecer afastado do trabalho por _____ dias (_____/_____/_____) a partir de ____/____/____ por motivo de doença CID _____ (Este atestado é válido para finalidades previstas nos artigos 71 e 72, parágrafo 1º do Decreto 3048/99 e será expedido para justificar o afastamento do trabalho de 1 a 15 dias).

Contagem 07/08/18

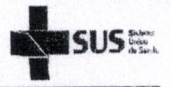
Dra. Kenya Mendes Castro
MÉDICA
CRM nº 54443
CONTAGEM - 09/00/18

Assinatura / carimbo do médico

UPA PETROLÂNDIA

End.: Rua Refinaria União, nº 137
8. Petrolândia - Contagem - MG

PREFEITURA MUNICIPAL DE CONTAGEM
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



Tel.: 3352-5312 / 5692

UNIDADE DE SAÚDE:		UPA PETROLÂNDIA
ATESTADO	Rua Refinaria União, nº 137, Bairro Petrolândia - Contagem - MG / Telefone de contato: 3352-5312 ou 3352-5692	
Atesto que o(a) Sr(a) <u>WELLINGTON OLIVEIRA SILVA</u> portador(a) do documento nº <u>URMA</u>		
<input type="checkbox"/> Não apresenta ao exame clínico de rotina realizada 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).		
<input type="checkbox"/> Compareceu nesta data para consulta/exame, tendo permanecido na unidade no período de _____ às _____ horas.		
<input checked="" type="checkbox"/> Necessita permanecer afastado do trabalho por <u>02</u> dias, a partir de <u>08/03/18</u> por motivo de doença CID <u>J42</u> (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 ou de preenchimento de mais de um campo		
DATA	 Dr. Wellington Rios Oliveira CRM nº 23722 CONTROLADOR DE ASSINATURA DO PROFISSIONAL	



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

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 05 (cinco) dias, a partir de 09/08/18 por motivo de doença CID. F40.0 (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 perde o valor em caso de rasura e de preenchimento de mais de um campo.

Rua Madeirão, 282-A
Bairro São Luiz - CEP 32.073-680

UNIDADE DE SAÚDE

EQUIPE 57 - SMS - CONTAGEM

DATA

9/8/18

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

[Handwritten Signature]
[Stamp]



Empre...

Atesto que o(a) Sr(a) _____
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 5 dias, a partir de 17/8/18 por motivo de doença CID. F45/F42 (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

DATA
17/8/18

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL



Centro de Atividade
C.A.S. III Eldorado
Bairro: Eldorado - Contagem/MG
Fone: 3355-1558
SUS 66

Atesto que o(a) Sr(a) SIMONE RODRIGUES SILVA QUINA
portador da Carteira Profissional nº _____
e Carteira de Identidade nº MG 15933502

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 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 9 (NOVE) dias, a partir de 23/08/18 por motivo de doença CID: F41.2 (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

DATA <u>23/08/18</u>	ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL Dr. Lucas Alves Bonisson CRM MG 61237
-------------------------	---

SMS-A11 CONTROLE 9747460