



Prefeitura Municipal de Contagem
Secretaria Municipal de Saúde
ATESTADO



Atesto que o(a) Sr(a) Leandra Mendes de Oliveira
portador da Carteira Profissional nº _____
e Carteira de Identidade nº MG 12043890

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).

Compareceu nesta data para consulta / exame, tendo permanecido na unidade no período de 7 às 10 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 _____ (_____) 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).

U. B. S. BERNARDO MONTEIRO

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

UNIDADE DE SAÚDE

DATA

06/04/2018

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

SMS-A11



Prefeitura Municipal de Contagem
Secretaria Municipal de Saúde
ATESTADO



Atesto que o(a) Sr(a) Liana Mendes de Oliveira

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 7:00 às 10:30 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 _____ (_____) 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

5/4/18

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

Folha de ponto – Mês: ABRIL - Ano: 2018

FUNCIÓNÁRIO: Beandra Mendes de Oliveira

CARGO: MONITORA

RESIDÊNCIA (RUA/AV.): Joaquim José

HOME: _____

CELULAR: (31)989549200

DATA	ASSINATURA	1º TURNO		2º TURNO		RUBRICA
		Entrada	Saída	Entrada	Saída	
15	DOMINGO					
16	Beandra Mendes de Oliveira	07:00	11:45	13:15	17:00	Beandra
17	Beandra Mendes de Oliveira	07:00	11:45	13:15	17:00	Beandra
18	Beandra Mendes de Oliveira	07:05	11:46	13:16	17:00	Beandra
	RECESSO					
	FERIADO					
	SABADO					
	DOMINGO					
	Beandra Mendes de Oliveira	07:05	11:45	13:17	17:00	Beandra
	Beandra Mendes de Oliveira	07:00	11:45	13:15	17:00	Beandra
	Beandra Mendes de Oliveira	07:05	11:46	13:15	17:05	Beandra
	Beandra Mendes de Oliveira			13:15	17:00	Beandra
	Beandra Mendes de Oliveira			13:17	17:00	Beandra
	SABADO					
	DOMINGO					
	Beandra Mendes de Oliveira	07:05	11:45	13:15	17:00	Beandra
	Beandra Mendes de Oliveira	07:05	11:45	13:18	17:00	Beandra
	Beandra Mendes de Oliveira	07:00	11:45	13:15	17:00	Beandra
	Beandra Mendes de Oliveira	07:00	11:45	13:15	17:00	Beandra
	Beandra Mendes de Oliveira	07:00	11:45	13:15	17:00	Beandra
	SABADO					
	DOMINGO					
	Beandra Mendes de Oliveira	07:00	11:45	13:15	17:00	Beandra
	Beandra Mendes de Oliveira	07:02	11:46	13:17	17:00	Beandra
	Beandra Mendes de Oliveira	07:00	11:45	13:15	17:00	Beandra
	Beandra Mendes de Oliveira	07:00	11:45	13:20	17:05	Beandra
	Beandra Mendes de Oliveira	07:00	11:45	13:15	17:00	Beandra
	SABADO					
	DOMINGO					
	Beandra Mendes de Oliveira	07:00	11:45	13:15	17:00	Beandra
	Beandra Mendes de Oliveira	07:30	11:45	13:15	17:00	Beandra

24/04/18

DATA

Maristela Aguiar da Silva

CHEFIA IMEDIATA

04/05/2018 - BANCO DO BRASIL - 12:44:00
 163101631 SEGUNDA VIA 0001
 COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
 DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: FUNDACAO SANTA FILOMENA
 AGENCIA: 1631-4 CONTA: 26.760-0
 =====
 DATA DA TRANSFERENCIA 04/05/2018
 NR. DOCUMENTO 551.631.000.039.843
 VALOR TOTAL 1.127,00
 ***** TRANSFERIDO PARA:
 CLIENTE: LEANDRA MENDES DE OLIVEIRA
 AGENCIA: 1631-4 CONTA: 39.843-8
 NR. DOCUMENTO 551.631.000.026.760
 =====
 NR.AUTENTICACAO B.758.08B.C12.EE8.0A3

00114 FUNDACAO SANTA FILOMENA		Demonstrativo de Pagamento de Salário			
RUA MANOEL DE MATOS 151, 151		Administrativo		17512534000108	
01/04/2018 a 30/04/2018					
000033 LEANDRA MENDES DE OLIVEIRA		MONITORA			
Cód.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
001	Salário Base	030,00	1.190,00		
503	Salário Família	001,00	31,71		
999	Arredondamento no Mês		0,72		
610	Desc Arredondamento Mês Anterior			0,23	
903	INSS Folha			95,20	
			1.222,43	95,43	
			Valor Líquido	1.127,00	
Salco Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.190,00	1.190,00	8,00	1.190,00	95,20	905,21
DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE RECIBO					
04/05/18		Leandra Mendes de Oliveira			
DATA		ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO			