

Folha de ponto – Mês: MAIO - Ano: 2018

FUNÇÃO: Isadora Mendes de Oliveira

CARGO: MONITORA

RESIDÊNCIA (RUA/AV.): Joaquim José

TELEFONE: _____

CELULAR: (31) 989549203

DATA	ASSINATURA	1º TURNO		2º TURNO		RUBRICA
		Entrada	Saída	Entrada	Saída	
25	Isadora Mendes de Oliveira	07:00	11:45	13:15	17:00	Isadora
26	Isadora Mendes de Oliveira			13:00	17:02	Isadora
27	Isadora Mendes de Oliveira	07:00	11:45	13:15	17:00	Isadora
28	SABADO					
29	DOMINGO					
30	RECESSO					
	FERIADO --					
	Isadora Mendes de Oliveira		08:20	13:15	17:00	Isadora
	Isadora Mendes de Oliveira	07:00	11:45	13:15	17:03	Isadora
	Isadora Mendes de Oliveira	07:00	11:45	13:17	17:00	Isadora
	SABADO					
	DOMINGO					
	Isadora Mendes de Oliveira	07:10	11:45	13:15	17:00	Isadora
	Isadora Mendes de Oliveira	07:00	11:45	13:17	17:03	Isadora
	Isadora Mendes de Oliveira	07:05	11:45	13:19	17:00	Isadora
	Isadora Mendes de Oliveira	07:07	11:45	14:20	17:00	Isadora
	Isadora Mendes de Oliveira	07:00	11:45	13:15	17:00	Isadora
	SABADO					
	DOMINGO					
	Isadora Mendes de Oliveira	07:00	11:45	14:00	17:00	Isadora
	Isadora Mendes de Oliveira	07:00	11:45	13:55	17:00	Isadora
	Isadora Mendes de Oliveira	07:00	11:45	13:15	17:00	Isadora
	Isadora Mendes de Oliveira			12:45	17:00	Isadora
	Isadora Mendes de Oliveira	07:00	11:45	13:15	17:00	Isadora
	SABADO					
	DOMINGO					
	Isadora Mendes de Oliveira		10:15	13:15	17:00	Isadora
	Isadora Mendes de Oliveira	07:03	11:45	13:15	17:00	Isadora
	Isadora Mendes de Oliveira	07:00	11:47	13:20	17:00	Isadora
	Isadora Mendes de Oliveira	07:00	11:45	13:55	17:00	Isadora

25/05/18

DATA

Maristela Aguiar da Silva

CHEFIA IMEDIATA

Comp 018 Banco 001 Agência 103 DV 4 C1 1 Conta 28.780-0 C2 1 Série 900 Cheque N.º 000003 C3 000003 R\$ 1.170,00

Pague por este cheque a quantia de Um mil cento e setenta reais

e centavos acima

a Leandra Mendes de Oliveira ou à sua ordem



ALÍPIO DE MELO MG
00.000.000/3533.53
AV ABÍLIO MACHADO 1730
ALÍPIO DE MELO, BH-MG
CONFECCAO: 05/2018

Carteira nº 15 de Junho de 15
Leandra Mendes de Oliveira
FUNDACAO SANTA FILOMENA
CNPJ 17.512.534/0001-08
CLIENTE BANCARIO DESDE 04/2000

000116315 01885066354 923002676007

00114 FUNDACAO SANTA FILOMENA				Demonstrativo de Pagamento de Salário	
RUA MANOEL DE MATOS 151, 151				17512534000108	
01/05/2018 a 31/05/2018 Administrativo				EDUCADORA	
000033 LEANDRA MENDES DE OLIVEIRA					
Cód.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
001	Salário Base	030,00	1.238,00		
503	Salário Família	001,00	31,71		
999	Arredondamento no Mês		0,05		
610	Desc Arredondamento Mês Anterior			0,72	
903	INSS Folha			99,04	
			1.269,76	99,76	
			Valor Líquido	1.170,00	
Saldo Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.238,00	1.238,00	8,00	1.238,00	99,04	949,37
DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE RECIBO					
15/06/18		<u>Leandra Mendes de Oliveira</u>			
DATA		ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO			



Atesto que o(a) Sr(a) Francisca Mendes

portador da Carteira Profissional nº _____

e Carteira de Identidade nº _____

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 7:00 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 26/04/18

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

Dra. Natália Fernanda Pinheiro
CRM nº 73535
CONTR. E-3525449



Atesto que o(a) Sr(a) Beandra 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 07:00 às 07:40 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 02/05/18

ASSI _____

IRÁ E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

E.M. DONA BABY CAMARGOS

1º GRAU

DECRETO LEI 1023/72 - PORTARIA AUTORIZAÇÃO 44/78 - PORTARIA 1265/90
AV: JOÃO DE DEUS COSTA, Nº. 47 - CENTRO - CONTAGEM - CEP: 32040-580
FONES: (31) 3398-8042 - 3352-5182 - 3352-5207(ED. INFANTIL).

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que, Leandra Mendes de Oliveira
esteve presente neste estabelecimento de Ensino no horário de 13:00 às 14:10 horas no
dia 10/05/18 tratando de assuntos referentes ao seu filho
Jonas Henrique Alves de Oliveira
Por ser verdade firmo o presente.

Contagem, 10 de 05 de 2018.

E.M. DONA BABY CAMARGOS
1º GRAU
SECRETARIA DE CHAGAS LOBO
MAT. 1314242
AUT. Nº 046/2016 / SEDUC / SEC



E.M. DONA BABY CAMARGOS

1º GRAU

DECRETO LEI 1023/72 - PORTARIA AUTORIZAÇÃO 44/78 - PORTARIA 1265/90
AV: JOÃO DE DEUS COSTA, Nº. 47 - CENTRO - CONTAGEM - CEP: 32040-580
FONES: (31) 3398-8042 - 3352-5182 - 3352-5207(ED. INFANTIL).

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que, Leandra Mendes de Oliveira
esteve presente neste estabelecimento de Ensino no horário de 13:00 às 13:45 horas no
dia 14/05/18 tratando de assuntos referentes ao seu filho
Jonas Henrique A. de Oliveira
Por ser verdade firmo o presente.

Contagem, 14 de maio de 2018

[Handwritten signature and stamp]

DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO

Conselho Tutelar – Lei Municipal nº. 3.967/05 e Lei Federal nº. 8.069/90

Regional	Endereço	Telefone
<input type="checkbox"/> Sede	Av. João Cesar de Oliveira, 6654, Beatriz, Contagem/MG e-mail: ctsecontagem@gmail.com	3398-7342 / 3398-7520

DECLARAÇÃO

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE NO DIA 21 / 05 / 2018 DE 08:40 ÀS 10:00 HORAS

SR.(A) LEANDRA MENDES DE OLIVEIRA, COMPARECEU A ESTE CONSELHO TUTELAR DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE, DESTA REGIÃO, CONTAGEM/MG PARA:

TRATAR DE ASSUNTOS RELACIONADOS à criança: JONAS HENRIKY ALVES DE OLIVEIRA

OBSERVAÇÃO

CONTAGEM, 21 DE maio DE 2018

ASSINATURA
CONSELHEIRO (A) TUTELAR

Cacilda Almeida
Conselheira Tutelar
Matrícula: 0150084-5



E.M. DONA BABIÁ CAMARGOS

1º GRAU

DECRETO LEI 1023/72 - PORTARIA AUTORIZAÇÃO 44/78 - PORTARIA 1265/90
AV: JOÃO DE DEUS COSTA, N.º 47 - CENTRO - CONTAGEM - CEP: 32040-580
FONES: (31) 3398-8042 - 3352-5182 - 3352-5207(ED. INFANTIL).

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que, Leandra Mendel de Oliveira
esteve presente neste estabelecimento de Ensino no horário de 13:00 as 13:40 horas no
dia 14, 05, 18 tratando de assuntos referentes ao seu filho
Jonas Henrique A. de Oliveira
Por ser verdade firmo o presente.

Contagem, 14 de maio de 2018



E.M. DONA BABIÁ CAMARGOS

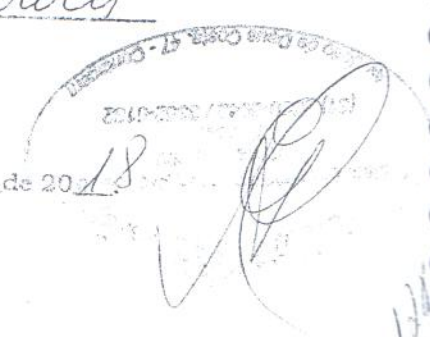
1º GRAU

DECRETO LEI 1023/72 - PORTARIA AUTORIZAÇÃO 44/78 - PORTARIA 1265/90
AV: JOÃO DE DEUS COSTA, N.º 47 - CENTRO - CONTAGEM - CEP: 32040-580
FONES: (31) 3398-8042 - 3352-5182 - 3352-5207(ED. INFANTIL).

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que, Leandra Mendel de Oliveira
esteve presente neste estabelecimento de Ensino no horário de 13:00 as 13:45 horas no
dia 15, 05, 18 tratando de assuntos referentes ao seu filho
Jonas H. Alves de Oliveira
Por ser verdade firmo o presente.

Contagem, 15 de maio de 2018





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-12.043.290

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 07:00 às 10:00 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

Lara Colombini M. F.

DATA

12/05/18

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL
ENFERMAGEM

COREN: 1142050