

Comp 018 Banco 001 Agência 1631 DV 4 C1 1 Conta 26.760-0 C2 1 Série 800 Cheque N.º 850870 C3 1 R\$ 1.171,07
018 001 1631 4 1 26.760-0 1 800 850870 1

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

a Leandro Mendes de Oliveira ou à sua ordem



Leandro Mendes de Oliveira de 2017
Leandro Mendes de Oliveira
 FUNDAÇÃO SANTA VICENINA
 CNPJ 17.512.534/0001-08
 CLIENTE BANCÁRIO DESDE 04/2000

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

⑆000116316⑆ 0438508705⑆ 936002676009⑆

17.512.534/0001-08

CC: GERAL
 Mensalista

Folha Mensal
 Junho de 2018

Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
DIAS NORMAIS	30,00	1.238,00	
SALARIO FAMILIA	1,00	31,71	
ARREDONDAMENTO DO MES	0,00	0,38	
I.N.S.S.	8,00		99,04
ARREDONDAMENTO MES ANTERIOR	0,05		0,05
		Total de Vencimentos	Total de Descontos
		1.270,09	99,09
		Valor Líquido →	1.171,00
Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	FGTS do Mês	Base Cál. IRRF
238,00	1.238,00	99,04	949,37
			Faixa IRRF
			0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Leandro Mendes de Oliveira
 Assinatura do Funcionário

Data

Folha de ponto - Mês: JUNHO - Ano: 2018

FUNCIÓNÁRIO: Beandra Mendes de Oliveira

CARGO: Monitore

RESIDÊNCIA (RUA/AV.): Joaquim José

PHONE: _____ CELULAR: (31)989549200

DATA	ASSINATURA	1º TURNO		2º TURNO		RUBRICA
		Entrada	Saída	Entrada	Saída	
25	Beandra Mendes de Oliveira	07:15	11:45	13:17	17:00	Beandra
26	SABADO					
27	DOMINGO					
28						
29	Beandra Mendes de Oliveira	07:00	11:45	13:15	17:00	Beandra
30	Beandra Mendes de Oliveira	07:00	11:45	13:15	17:00	Beandra
	FERIADO					
	RECESSO					
	SABADO					
	DOMINGO					
	Beandra Mendes de Oliveira	07:00	11:45	13:18	17:00	Beandra
	Beandra Mendes de Oliveira	07:00	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					
11	Beandra Mendes de Oliveira	07:00	11:45	13:15	17:00	Beandra
12	Beandra Mendes de Oliveira	07:00	11:45	13:15	17:00	Beandra
13	Beandra Mendes de Oliveira	07:00	11:45	13:15	17:00	Beandra
14	Beandra Mendes de Oliveira	07:05	11:45	13:18	17:00	Beandra
15	Beandra Mendes de Oliveira	07:00	11:45	13:18	17:00	Beandra
16	SABADO					
17	DOMINGO					
18	Beandra Mendes de Oliveira	07:00	11:45	13:17	17:00	Beandra
19	Beandra Mendes de Oliveira	07:00	11:45			Beandra
20	Beandra Mendes de Oliveira	07:00	11:45	13:18	17:00	Beandra
21	Beandra Mendes de Oliveira	07:00	11:45	13:15	17:00	Beandra
22	Beandra Mendes de Oliveira	0		12:30	17:00	Beandra
	SABADO					
	DOMINGO					

25/06/18

DATA

Maristela Aguiar da Silva

CHEFIA IMEDIATA



Prefeitura Municipal de Contagem
Secretaria Municipal de Saúde
ATESTADO



Atesto que o(a) Sr(a) Gláucia 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 13:45 às 15:00 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 _____

DATA 19/06/18 ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL _____

SMS-A11

