

01/08/2018 - BANCO DO BRASIL - 08:34:00  
 163101631 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA  
 DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: FUNDACAO SANTA FILOMENA  
 AGENCIA: 1631-4 CONTA: 26.760-0

DATA DA TRANSFERENCIA 01/08/2018  
 NR. DOCUMENTO 163.100.000.039.843  
 VALOR TOTAL 1.171,00

\*\*\*\*\* TRANSFERIDO PARA:  
 CLIENTE: LEANDRA MENDES DE OLIVEIRA  
 AGENCIA: 1631-4 CONTA: 39.843-8  
 NR. DOCUMENTO 163.100.000.026.760  
 NR.AUTENTICACAO 4.805.247.A72.2C2.9B0

FUNDACAO SANTA FILOMENA		CC: GERAL		Folha Mensal	
CNPJ: 17.512.534/0001-08		Mensalista		Julho de 2018	
Nome do Funcionário		CGO	Departamento	Fiscal	
LEANDRA MENDES DE OLIVEIRA		516215	1	1	
EDUCADORA		Admissão:	06/03/2018		

Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos		
DIAS NORMAIS	30,00	1.238,00			
SALARIO FAMILIA	1,00	31,71			
ARREDONDAMENTO DO MES	0,00	0,71			
I.N.S.S.	8,00		99,04		
ARREDONDAMENTO MES ANTERIOR	0,38		0,38		
		Total de Vencimentos	Total de Descontos		
		1.270,42	99,42		
		Valor Líquido →	1.171,00		
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.238,00	1.238,00	1.238,00	99,04	949,37	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.  
 Assinatura do Funcionário  
*Leandra Mendes de Oliveira*  
 Data: 31/07/2018

104

Folha de ponto – Mês: JULHO - Ano: 2018

FUNCIÓNÁRIO: Beandra Mendes de Oliveira

CARGO: Educatória

RESIDÊNCIA (RUA/AV.): Joaquim José

PHONE: \_\_\_\_\_ CELULAR: (31) 989949200

DATA	ASSINATURA	1º TURNO		2º TURNO		RUBRICA
		Entrada	Saída	Entrada	Saída	
25	Beandra Mendes de Oliveira	10:00	11:45	13:15	17:00	Beandra
26	Beandra Mendes de Oliveira	07:05	11:45	13:15	17:00	Beandra
27	Beandra Mendes de Oliveira	07:00	12:40			Beandra
28	Beandra Mendes de Oliveira	07:03	11:45	13:15	17:00	Beandra
29	Beandra Mendes de Oliveira	07:25	11:45	13:16		Beandra
30	SABADO					
	DOMINGO					
	Beandra Mendes de Oliveira	07:00	11:45	13:15	17:00	Beandra
	Beandra Mendes de Oliveira	07:05	11:45	13:15	17:00	Beandra
	Beandra Mendes de Oliveira	07:10	11:45	13:15	17:05	Beandra
	Beandra Mendes de Oliveira			13:15	17:00	Beandra
	Beandra Mendes de Oliveira	07:00				Beandra
	SABADO					
	Beandra Mendes de Oliveira	09:00	12:00	13:15	15:00	Beandra
	Beandra Mendes de Oliveira	07:06	11:45	13:25	17:00	Beandra
	Beandra Mendes de Oliveira	07:00	11:45	13:15	17:30	Beandra
	Beandra Mendes de Oliveira	07:01	11:45	13:15	17:00	Beandra
	Beandra Mendes de Oliveira	07:00	11:45	13:15	17:00	Beandra
	Beandra Mendes de Oliveira	07:03	11:46	13:18	17:00	Beandra
	SABADO					
	DOMINGO					
	SABADO					
	DOMINGO					

25/06/18

DATA

Maristela Aguiar da Silva

CHEFIA IMEDIATA

105



**HS Análises Clínicas**

Av. João César de Oliveira, 4495 - Novo Eldorado  
Contagem/MG - CEP 32.010-000  
Tel.: (31) 3352-6878  
CNPJ: 27033691/0002-67 - CRE MG 38669



**PREFEITURA  
CONTAGEM**

DECLARAMOS PARA OS DEVIDOS FINS QUE

Marina Mendes de Oliveira

COMPARECEU NESTA UNIDADE, NO DIA 25 / 06 / 2018 PARA REALIZAÇÃO DE EXAMES LABORATORIAIS,  
PERMANECENDO NA UNIDADE DE 01:00 ATÉ AS 09:30

CONTAGEM, 25 de junho de 2018.

Assinatura do Profissional



10



Prefeitura Municipal de Contagem  
Secretaria Municipal de Saúde  
**ATESTADO**

**BERNARDO MONTEIRO**  
RUA WILSON JOSÉ DE SOUZA BICHO, Nº 40  
BAIRRO BERNARDO MONTEIRO  
CONTAGEM - MG - TEL: 3352-5249  
UNIDADE DA FAMUC Nº 7111

Atesto que o(a) Sr(a) Leandro Mendes  
portador da Carteira Profissional nº \_\_\_\_\_ X X  
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 10:30 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 UB Sara Colombini F. Lara Colombini M. F.

DATA <u>05/07/19</u>	ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL <u>[Assinatura]</u> COREN: 1142050	TÉC. ENFERMAGEM COREN: 1142050
-------------------------	--	-----------------------------------

SMS-A11