

Transferência entre contas diversas

Debitado

Nome FUNDACAO SANTA FILOMENA
 Agência 1631-4
 Conta corrente 26760-0

Creditado

Nome LEANDRA MENDES DE OLIVEIR
 Agência 1631-4
 Conta corrente 39843-8
 Valor 1.205,00
 Data Nesta data

Assinada por J9049984 EDGARD MARCELO DA SILVA JUNIOR
 J4707543 PAULO ROGERIO MARZULLO DA SILVA

24/12/2018 09:37:18
 24/12/2018 09:41:37

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: J4707543 PAULO ROGERIO MARZULLO DA SILVA.

FUNDACAO SANTA FILOMENA

CNPJ: 17.512.534/0001-08

CC: GERAL

Mensalista

Folha Mensal
 Dezembro de 2018

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Fiscal
33	LEANDRA MENDES DE OLIVEIRA EDUCADORA	516215	1	1
		Admissão:	06/03/2018	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.276,00		
995	SALARIO FAMILIA	1,00	31,71		
992	ARREDONDAMENTO DO MES	0,00	0,79		
998	I.N.S.S.	8,00		102,08	
993	ARREDONDAMENTO MES ANTERIOR	0,69		0,69	
8162	DESCONTO TROCO 13° INTEGRAL	0,73		0,73	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.308,50	103,50	
			Valor Líquido →	1.205,00	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	FGTS do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.276,00	1.276,00	1.276,00	102,08	984,33	0,00

** PARABÉNS PELO SEU ANIVERSÁRIO NO DIA 31 DE DEZEMBRO ***

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

28.12.2018

Leandra Mendes de Oliveira
 Assinatura do Funcionário

Assinatura do Funcionário

Data

54



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
 U. B. S. BERNARDO MONTEIRO
 BAIRRO BERNARDO MONTEIRO
 CONTAGEM - MG - TEL.: 3352-5249
 UNIDADE DA FAMUC N.º 711

ATESTADO

Atesto que o(a) Sr(a) Leonora Mendes de Oliveira
 portador da Carteira Profissional nº _____
 e Carteira de Identidade nº MR-12-043 290

Não apresentou 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 álcool 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 consulte / exame, tendo permanecido na unidade no período de _____ as _____ horas.

Necessita permanecer afastado do trabalho por 07 (Sete) dias a partir de 03/12/18 por motivo de doença CID. J03 (a pedido do paciente). (Este atestado é válido n/ finalidades previstas no art. 1435 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

03/12/18

ASSINATURA E CARIMBO

Dr. Raphael William Coelho da Rocha
 CRM 73421
 CONTROLE 1434063



Prefeitura Municipal de Contagem
Secretaria Municipal de Saúde



ATESTADO

Atesto que o(a) Sr(a) Leandro Mendes de Oliveira
portador da Carteira Profissional nº _____
e Carteira de Identidade nº MG-12.043-290

Não apresentou 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 1/11 por motivo de doença CID. _____ (a pedido do paciente). (Este atestado é válido p/ finalidades prevista no art. 1435 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 1/11 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

UNIDADE DA FAMUC Nº 7111

DATA

10/12/18

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

Dr. Roberto Wilson Cavêlo da Rocha
CRP 73421
CONTROLE 1434063



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 _____

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 _____ às _____ horas.

Necessita permanecer afastado do trabalho por 1 (uma) dias, a partir de 29/11/17 por motivo de doença CID. J039 (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 c/c 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).

UFPA SEDE
Tel (31) 3352-5121

Joaquim Camargos

Centro Contagem

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

UNIDADE DE SAÚDE

DATA

29/11/17

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

Dra. Deysielli C. R. Oliveira
CRM 76440
COF 6927912

SMS-A11

Folha de ponto - Mês: DF7FMBRO - Ano: 2018

FUNCIONÁRIO: Leandra Mendes de Oliveira

CARGO: Educadora

RESIDÊNCIA (RUA/AV.): José Joaquim José

FONE: _____

CELULAR: (31)989549200

DATA	ASSINATURA	1º TURNO		2º TURNO		RUBRICA
		Entrada	Saída	Entrada	Saída	
25	DOMINGO					
26	<u>Leandra Mendes de Oliveira</u>	<u>07:00</u>	<u>11:45</u>	<u>13:16</u>	<u>17:00</u>	<u>Leandra</u>
27	<u>Leandra Mendes de Oliveira</u>	<u>07:00</u>	<u>11:45</u>	<u>13:15</u>	<u>17:00</u>	<u>Leandra</u>
28	<u>Leandra Mendes de Oliveira</u>	<u>07:00</u>	<u>08:40</u>			<u>Leandra</u>
29						
30						
	SABADO					
2	DOMINGO					
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10	<u>Leandra Mendes de Oliveira</u>	<u>10:35</u>	<u>10:45</u>	<u>13:15</u>	<u>17:00</u>	<u>Leandra</u>
11	<u>Leandra Mendes de Oliveira</u>	<u>07:00</u>	<u>11:45</u>	<u>13:16</u>	<u>17:00</u>	<u>Leandra</u>
12	<u>Leandra Mendes de Oliveira</u>	<u>07:00</u>	<u>11:45</u>	<u>13:20</u>	<u>17:00</u>	<u>Leandra</u>
13	<u>Leandra Mendes de Oliveira</u>	<u>07:00</u>	<u>11:45</u>	<u>13:17</u>	<u>17:00</u>	<u>Leandra</u>
14	<u>Leandra Mendes de Oliveira</u>	<u>07:00</u>	<u>11:45</u>	<u>13:15</u>	<u>17:00</u>	<u>Leandra</u>
15	SABADO					
16	DOMINGO					
17	<u>Leandra Mendes de Oliveira</u>	<u>07:00</u>	<u>11:45</u>	<u>13:15</u>	<u>17:13</u>	<u>Leandra</u>
18	<u>Leandra Mendes de Oliveira</u>	<u>07:00</u>	<u>11:45</u>	<u>13:15</u>	<u>17:20</u>	<u>Leandra</u>
19						
20						
21						
22	SABADO					
23	DOMINGO					
24						

Maristela Aguiar da Silva

CHEFIA IMEDIATA

DATA