

Comp 018 Banco 001 Agência 1631 DV 4 C1 1 Conta 26.760-0 C2 1 Série 800 Cheque N.º 850671 C3 0 R\$ 1.139,00
 010 001 1631 4 1 26.760-0 1 800 850671 0

Pague por este cheque a quantia de Um mil cento e trinta e nove reais e centavos acima

a Maria da Silva Jacinto ou à sua ordem



Contador João de Jesus de 16/08
João de Jesus
 FUNDACAO SANTA EULOGIA
 CNPJ 17.512.534/0001-08
 CLIENTE BANCARIO DESDE 04/2000

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

000116315 0488506715 913002676003

17.512.534/0001-08

CC: GERAL Mensalista

Folha Mensal Junho de 2018

Nome do Funcionário: MARIA DA SILVA JACINTO EDUCADORA
 CBO: 516215 Departamento: 1 Filial: 1
 Admissão: 06/03/2018

| Descrição | Referência | Vencimentos | Descontos |
|-----------------------------|------------|-------------|-----------|
| DIAS NORMAIS | 30,00 | 1.238,00 | |
| ARREDONDAMENTO DO MES | 0,00 | 0,98 | |
| I.N.S.S. | 8,00 | | 99,04 |
| ARREDONDAMENTO MES ANTERIOR | 0,94 | | 0,94 |

| | | | |
|----------------------|----------|--------------------|-------|
| Total de Vencimentos | 1.238,98 | Total de Descontos | 99,98 |
| Valor Líquido | 1.139,00 | | |

Salário Base: 1.238,00 Sal. Contr. INSS: 1.238,00 Base Cál. FGTS: 1.238,00 F.G.T.S do Mês: 99,04 Base Cál. IRRF: 949,37 Faixa IRRF: 0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.
 Assinatura do Funcionário: Maria da S. Jacinto
 Data: _____

Folha de ponto – Mês: JUNHO - Ano: 2018

FUNÇÃO: Maná da Silva Jacinto
 CARGO: Educativa
 RESIDÊNCIA (RUA/AV.): Helena Dima 69
 FONE: _____ CELULAR: 983156531

| DATA | ASSINATURA | 1º TURNO | | 2º TURNO | | RUBRICA |
|------|-----------------------|----------|-------|----------|-------|---------|
| | | Entrada | Saída | Entrada | Saída | |
| | Maná da Silva Jacinto | 06:35 | 11:45 | 13:15 | 16:56 | Jacinto |
| | SABADO | | | | | |
| | DOMINGO | | | | | |
| | Maná da S. Jacinto | 06:35 | 11:45 | 13:15 | 16:45 | Jacinto |
| | Maná da S. Jacinto | 06:35 | 11:45 | 13:15 | 16:55 | Jacinto |
| | FERIADO | | | | | |
| | RECESSO | | | | | |
| | SABADO | | | | | |
| | DOMINGO | | | | | |
| | Maná da S. Jacinto | 06:36 | 11:45 | 13:15 | 16:55 | Jacinto |
| | Maná da S. Jacinto | 06:35 | 11:45 | 13:15 | 16:56 | Jacinto |
| | Maná da S. Jacinto | 06:35 | 11:45 | 13:15 | 16:50 | Jacinto |
| | Maná da S. Jacinto | 06:37 | 11:45 | 13:15 | 16:55 | Jacinto |
| | Maná da S. Jacinto | 06:35 | 11:45 | 13:15 | 16:55 | Jacinto |
| | SABADO | | | | | |
| | DOMINGO | | | | | |
| | Maná da S. Jacinto | 06:35 | 11:45 | 13:15 | 16:55 | Jacinto |
| | Maná da S. Jacinto | 06:35 | 11:45 | 13:15 | 17:00 | Jacinto |
| | Maná da S. Jacinto | 06:35 | 12:00 | | | |
| | Maná da S. Jacinto | 06:35 | 11:45 | 13:15 | 16:55 | Jacinto |
| | SABADO | | | | | |
| | DOMINGO | | | | | |
| | Maná da S. Jacinto | 06:35 | 11:45 | 12:15 | 17:31 | Jacinto |
| | Maná da S. Jacinto | 06:36 | 11:45 | 13:15 | 16:54 | Jacinto |
| | Maná da S. Jacinto | 06:35 | 11:45 | 13:15 | 16:55 | Jacinto |
| | Maná da S. Jacinto | 06:35 | 11:45 | 13:15 | 17:04 | Jacinto |
| | Maná da S. Jacinto | | 12:00 | | 17:03 | Jacinto |
| | 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) Mariana da Silva Jacinto
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 valido 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 02 dias dias, a partir de 13/06/18 por motivo de doença CID. K03.1 (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
13/06/18

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL
[Assinatura]
CRM - Dentista
CREMG 23916

SMS-A11