

INSTITUICAO ESPIRITA LAR DE MARCOS

17.359.415/0001-59

Rua Carlos Pinheiro Chagas, 170 - Bairro Ressaca - Contagem

Demonstrativo de Pagamento

Func.: 107987 - MAYARA ESTEFANNE SANTOS ALVES		Período: 04/2021	
Cargo: 0259 - CUIDADOR IDOSOS DIURNO		Matrícula: 0000012104	CTPS: 4929282 / 00050
Depto.: 000047 - AC. ABRIGO IDOSO		Admissão: 30/06/2020	CPF: 082.713.976-48
Verbas	Referência	Vencimentos	Descontos
0001 - Salário Contratual	30,00	1.150,00	
0510 - Arredondamento		0,03	
0089 - Desconto de Faltas (Hrs)	11,00		57,50
0090 - Desconto de Faltas	1,00		38,33
0094 - Vale Transporte	1,00		34,50
0511 - Arredondamento Mês Anterior			0,64
0520 - Desconto INSS	7,50		79,06
		Total:	Total:
TC 004-2020		1.150,03	210,03
		Valor Líquido	940,00
Recebi o valor líquido, acima descrito em <u>06/05/21</u> Assinatura: <u>MAYARA ESTEFANNE SANTOS ALVES</u>			
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	FGTS do Mês
1.150,00	1.054,17	1.054,17	84,33
			Base Cál. IRRF
			785,52
			Faixa IRRF

ATESTADO QUE O SERVIÇO FOI PRESTADO E/OU MATERIAL FORNECIDO
 em 06/05/21
 em 06/05/21
 Assinatura: [Assinatura]
 Matrícula: 17.359.415/0001-59


INST. ESPIRITA LAR MARCOS

FOLHA INDIVIDUAL DE PONTO

PORTARIA 3.626/91

Funcionário : 107987 - MAYARA ESTEFANNE SANTOS ALVES
 Cargo : 0259 - CUIDADOR IDOSOS DIURNO
 Data Admissão : 30/06/2020 Matrícula : 0000012104
 Horário : 07:00 12:00 13:00 19:00
 Período : 01/04/2021 a 30/04/2021
 Departamento : 000047 AC. ABRIGO IDOSO
 Centro de Custo : 000047 - AC. ABRIGO IDOSO

17.359.415/0001-59
 INSTITUICAO ESPIRITA LAR DE MARCOS
 Rua Carlos Pinheiro Chagas 170
 Ressaia - 32113460
 Contagem - MG

DIA	INTERVALO				ASSINATURA
	ENTRADA	SAÍDA	ENTRADA	SAÍDA	
01 - Quinta-Feira					
02 - Feriado	Atestado				
03 - Sábado					
04 - Domingo	Atestado				
05 - Segunda-Feira					
06 - Terça-Feira	7:55	13:00	14:00	20:00	Mayara Estefanne Santos
07 - Quarta-Feira					
08 - Quinta-Feira	7:50	13:00	14:00	20:00	Mayara Estefanne Santos
09 - Sexta-Feira					
10 - Sábado	Falta				FAITA
11 - Domingo					
12 - Segunda-Feira	Atestado de 1 hora				A testado comp. (1 hora)
13 - Terça-Feira					
14 - Quarta-Feira	7:50	13:00	14:00	20:00	Mayara Estefanne Santos
15 - Quinta-Feira					
16 - Sexta-Feira	Atestado				
17 - Sábado					
18 - Domingo	Atestado				
19 - Segunda-Feira					
20 - Terça-Feira	7:57	13:00	14:00	20:00	Mayara Estefanne Santos
21 - Feriado					
22 - Quinta-Feira	7:55	13:00	14:00	20:00	Mayara Estefanne Santos
23 - Sexta-Feira					
24 - Sábado	8:10	13:00	14:00	20:00	Mayara Estefanne Santos
25 - Domingo					
26 - Segunda-Feira	7:55	13:00	14:00	20:00	Mayara Estefanne Santos
27 - Terça-Feira					
28 - Quarta-Feira	7:50	13:00	14:00	20:00	Mayara Estefanne Santos
29 - Quinta-Feira					
30 - Sexta-Feira	7:45	13:00	14:00	20:00	Mayara Estefanne Santos

De conformidade com a Portaria MTB 3.626 de 13/11/1991 art. 13, este cartão substitui, para todos os efeitos legais, o quadro de horário de trabalho, inclusive o de menores

97
 INST. ESPIRITA
 LAR MARCOS



ATESTADO

Atesto que o (a) Sr (a) Mayara Antefanome Santa

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 alteração 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 médico admissional ou periódico para fins de legislação de segurança e saúde do trabalhador, vice 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 7 (sete) Dias, a partir de 22/03/21. Paciente autoriza identificar/especificar código internacional de doenças Ass. _____ CID 511.

Deverá afastar-se do trabalho no período de _____ (_____) dias, a partir de _____ / _____ / _____ Conforme disposto no Inciso XVII, Art 7º, Capítulo II, Título II da Constituição Federal de 1988. (Licença Maternidade).

DATA 22/03/21 ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL



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

CLINICA
LUZICLINICA

DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO

Declaro para os devidos fins, que Mayara Antefanome S.
Alves, compareceu neste local, de 14:00h às 15:00h para:

() Consulta médica (X) Fazer exames () Acompanhamento familiar

Santa Luzia, 12/04/21



ATESTADO DE SAÚDE

Atesto para os devidos fins que _____ por mim examinado(a), não apresentou sinais evidentes de moléstias infecto-contagiosas, assim como alterações nos órgãos dos sentidos ou vícios de conformação física. Durante a entrevista não demonstrou sinais evidentes de doenças neuro-psiquiátricas.

Santa Luzia, _____ / _____ / _____ Médico e carimbo

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que, _____, necessita de _____ (_____) dias de repouso, por motivo de doença. CID: _____.

Ass. do Paciente ou Responsável

Santa Luzia, _____ / _____ / _____ Médico e carimbo

Nota: este atestado é válido para finalidades previstas no Art. 27 da CLPS, aprovada pelo Decreto nº 89.312 de 23/01/84, e será expedido para justificativa de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho.

Rua José Miranda de Almeida, nº 85 - Centro - Santa Luzia - MG
Fone/fax: (31) 3641-3919 / 3641-1554 / 3642-7284 / 3642-7217



PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA LUZIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
PSF MORADA DO RIO

ATESTADO

Morada do Rio
3649-6021
Rua Baldim, 890

Atesto que o (a) Sr (a) Mayana Estefanne
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 alteração 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 médico admissional ou periódico para fins de legislação de segurança e saúde do trabalhador, vice 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 3 dias
Dias, a partir de 16/04/21 por motivo de doença CID. Z10/R33
(Este atestado é válido para finalidades previstas no Art. 1143 § 1º do Decreto nº 2172 de 05/03/97, Lei nº 5081/66-CFO e Resolução CFM nº 1.219/85, sendo expedido para justificar o afastamento do trabalho no período de 01 a 15 dias).

Deverá afastar-se do trabalho no período de _____ (_____) dias, a partir de ____/____/____ Conforme disposto no Inciso XVII, Art 7º, Capítulo II, Título II da Constituição Federal de 1988.(Licença Maternidade).

DATA <u>16/04/21</u>	ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL  Dra. Carmen Silveira de Oliveira C.R.M. 25323 CONTROLE Nº 97398
-------------------------	---

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


94
INST. ESPÍRITA
LAR MARCOS