

INSTITUICAO ESPIRITA LAR DE MARCOS

17.359.415/0001-59

Rua CARLOS P CHAGAS, 170 - Bairro RESSACA - Contagem

Demonstrativo de Pagamento

Func.: 011894 - MARIA APARECIDA MARTINS DE AQUINO			Período: 06/2018		
Cargo: 0214 - Oficial de Servicos Diversos III		Matricula: 0000011894	CTPS: 0062634 / 00474		
Depto.: 042 - ABRIGO BELA VISTA		Admissão: 02/01/2018	CPF: 980.902.406-15		
Verbas	Referência	Vencimentos	Descontos		
0001 - Salário Contratual	30,00	1.248,00			
0510 - Arredondamento		0,68			
0094 - Vale Transporte			37,44		
0511 - Arredondamento Mês Anterior	8,00		0,40		
0520 - Desconto INSS			99,84		
		Total: 1.248,68	Total: 137,68		
TC-008/2017		Valor Líquido 1.111,00			
Recebi o valor líquido, acima descrito em <u>06/07/18</u> Assinatura: <u>Maria Aparecida M. de Aquino</u>					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	FGTS do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.248,00	1.248,00	1.248,00	99,84	1.148,16	

ATESTO QUE O SERVIÇO FOI
 PRESTADO E AO MATERIAL
 FORNECIDO. 06/07/18

FOLHA INDIVIDUAL DE PONTO

PORTARIA 3.626/91

17.359.415/0001-59

INSTITUICAO ESPIRITUAL DE MARCOS

Rua CARLOS PINHEIRO CHAGAS 170

RESSACA - 32113460

Contagem - MG

Funcionário : 011894- MARIA APARECIDA MARTINS DE AQUINO
 Cargo : 0214- OFICIAL DE SERVIÇOS DIVERSOS III
 Data Admissão : 02/01/2018 Matricula: 0000011894
 Horário : 06:00 15:00
 Período : 01/06/2018 a 30/06/2018
 Departamento : 042 - ABRIGO BELA VISTA
 Centro de Custo : 000042- ABRIGO BELA VISTA

DIA	INTERVALO				ASSINATURA
	ENTRADA	SAÍDA	ENTRADA	SAÍDA	
01- Sexta-feira	-	-	-	-	Ponto facultativo
02- Sábado	-	-	-	-	-
03- Domingo	-	-	-	-	-
04- Segunda-feira	06:00	11:00	12:02	15:06	Maria Aparecida M. de Aquino
05- Terça-feira	05:55	11:01	12:05	15:03	Maria Aparecida M. de Aquino
06- Quarta-feira	-	-	-	-	ATESTADO
07- Quinta-feira	06:01	11:02	12:01	15:03	Maria Aparecida M. de Aquino
08- Sexta-feira	05:59	10:59	12:05	15:05	Maria Aparecida M. de Aquino
09- Sábado	-	-	-	-	-
10- Domingo	-	-	-	-	-
11- Segunda-feira	06:00	11:01	12:02	14:58	Maria Aparecida M. de Aquino
12- Terça-feira	05:59	11:00	12:05	15:03	Maria Aparecida M. de Aquino
13- Quarta-feira	05:55	10:59	12:00	15:06	Maria Aparecida M. de Aquino
14- Quinta-feira	05:57	10:58	12:01	15:07	Maria Aparecida M. de Aquino
15- Sexta-feira	06:01	11:05	12:04	15:01	Maria Aparecida M. de Aquino
16- Sábado	-	-	-	-	-
17- Domingo	-	-	-	-	-
18- Segunda-feira	06:01	10:59	12:03	14:59	Maria Aparecida M. de Aquino
19- Terça-feira	05:58	11:00	12:01	15:00	Maria Aparecida M. de Aquino
20- Quarta-feira	05:55	11:03	11:59	15:05	Maria Aparecida M. de Aquino
21- Quinta-feira	06:00	11:01	12:04	15:01	Maria Aparecida M. de Aquino
22- Sexta-feira	13:00	-	-	18:00	Maria Aparecida M. de Aquino
23- Sábado	-	-	-	-	-
24- Domingo	-	-	-	-	-
25- Segunda-feira	05:57	10:58	11:59	15:00	Maria Aparecida M. de Aquino
26- Terça-feira	05:58	11:03	12:00	14:58	Maria Aparecida M. de Aquino
27- Quarta-feira	07:00	-	-	13:00	Maria Aparecida M. de Aquino
28- Quinta-feira	06:00	10:59	12:02	14:59	Maria Aparecida M. de Aquino
29- Sexta-feira	05:59	11:00	12:01	15:00	Maria Aparecida M. de Aquino
30- Sábado	-	-	-	-	-

83



UBS VILA DNIZ
EQUIPE 77 E 88
 Prefeitura Municipal de Contagem
 Secretaria Municipal de Saúde
 RUA OSÓRIO DE MORAIS, N.º 358
 B. CID. INDUSTRIAL-CONTAGEM
 TELEFONES: 3628126/363587



Atesto que o(a) Sr(a) Márcio Aparecido Martins

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 _____ às _____ horas.

Necessita permanecer afastado do trabalho por 01 (um) dias, a partir de 06/06/18 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.

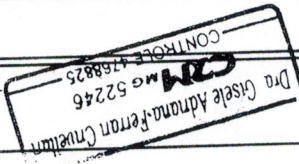
UNIDADE DE SAÚDE

DATA

06/06/18

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

[Handwritten Signature]



SMS-A11