

1.350,00-----

Hum mil, trezentos e cinquenta reais-----

Samuel Sabino Eugenio

Contagem 07 janeiro 2019

CÓPIA DE CHEQUE Nº

850186

Visado

Cruzado

Do Banco

BRASIL S/A

C.C. 37.349-4

0

Utilizado para

VALOR REF SALARIO 12/2018

SEDUC

Vistos

Contador

CAIXA

C/CORRENTE

TALÃO

Cheque assinado por:

Atesta que o material/Ser-
vico foi entregue / prestado
07 . 01 . 2019
R\$ 9.834,445
RG-0.691.832

Comp	Banco	Agência	DV	C1	Conta	C2	Série	Cheque Nº	C3
018	001	1229	7	4	37.349-4	3	800	850186	6
018	001	1229	7	4	37.349-4	3	800	850186	6

R\$ 1.350,00-----

Pague por este cheque a quantia de Hum mil, trezentos e cinquenta reais-----

e centavos acima

a Samuel Sabino Eugenio

ou à sua ordem

Contagem 07 de janeiro de 2019

BANCO DO BRASIL

EMPRESA SAVASSI MG
00.000.000/0932.62
RUA SERGIPE 1062
FUNCIONARIOS
CONFECACAO: 11/2018

CENTRO DE ATENDIMENTO INCLUSAO CAIS
CNPJ 21.725.056/0001-63
CLIENTE BANCARIO DESDE 09/2001



Atesta que o material/Ser-
vico foi entregue / prestado
07 . 01 . 2019
R\$ 9.834,445
RG-0.691.832

CAIS CENTRO DE ATENDIMENTO E INCLUSAO SO

R AJ Nº 171
32.370-270 - CONTAGEM - MG
CNPJ: 21.725 056/0001-83

Referência
DEZEMBRO/2018

Folha
1/1

Matrícula 000000468 Nome SAMUEL SABINO EUGENIO
CPF 124.999.136-65 Cargo/Nível ZELADOR /
Data Admissão 03/09/2018 Lotação ADMINISTRATIVO

Descrição	Qtde	Valor	Descrição	Qtde	Valor
SALARIO	29,00	1.517,99	INSS MES	8,00	125,63
AUXILIO DOENCA	1,00	52,34	VALE TRANSPORTE		94,22
			DEBITO ARRED FLS ANT		0,48

TOTAL DE PROVENTOS	1.570,33	TOTAL DE DESCONTOS	220,33
LÍQUIDO A RECEBER	1.350,00		

Salário Base	1.570,33	Base Calc. FGTS	1.570,33	Base Calc. IRRF	1.444,70
Sal. Contrib. INSS	1.570,33	FGTS Mês	125,63		

testo que o material/Ser-
co foi entregue / prestado.
28.01.2019
69.234.745
16-8-693.832

08012015
Data do Crédito:
Samuel Sabino

PONTO

CARTÃO DE PONTO

De 01/12/2018 a 31/12/2018

Emissão: 09/04/2019

Página: 1

Matricula: 000787

Nome: SAMUEL SABINO EUGENIO

Cargo: ZELADOR

Depto: ADMINISTRATIVO

Turno: INTEGRAL

De 08:00 às 12:00

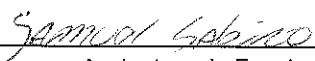
de 13:00 às 17:00

Data	Sem.	Entrada	Saída	Entrada1	Saída1	Total	Atraso	Evento/Justificativa
01/12/2018	SAB	:	:	:	:	Sábado		
02/12/2018	DOM	:	:	:	:	Domingo		
03/12/2018	SEG	08:10	12:15	13:00	17:00	08:15		
04/12/2018	TER	08:05	12:10	13:00	17:00	08:10		
05/12/2018	QUA	08:05	12:10	13:00	17:00	08:10		
06/12/2018	QUI	08:15	12:20	13:00	17:00	08:05		
07/12/2018	SEX	08:15	12:20	13:00	17:00	08:05		
08/12/2018	SAB	:	:	:	:	Sábado		
09/12/2018	DOM	:	:	:	:	Domingo		
10/12/2018	SEG	08:10	12:15	13:00	17:00	08:15		
11/12/2018	TER	08:15	12:20	13:00	17:00	08:05		
12/12/2018	QUA	08:05	12:10	13:00	17:00	08:10		
13/12/2018	QUI	08:15	12:20	13:00	17:00	08:05		
14/12/2018	SEX	08:05	12:10	13:00	17:00	08:10		
15/12/2018	SAB	:	:	:	:	Sábado		
16/12/2018	DOM	:	:	:	:	Domingo		
17/12/2018	SEG	:	:	:	:	Feriado		
18/12/2018	TER	08:10	12:10	13:00	17:00	08:10		
19/12/2018	QUA	08:10	12:15	13:00	17:00	08:15		
20/12/2018	QUI	08:05	12:10	13:00	17:00	08:10		
21/12/2018	SEX	08:05	12:10	13:00	17:00	08:10		
22/12/2018	SAB	:	:	:	:	Sábado		
23/12/2018	DOM	:	:	:	:	Domingo		
24/12/2018	SEG	:	:	:	:	Feriado		
25/12/2018	TER	:	:	:	:	Feriado		
26/12/2018	QUA	:	:	:	:	Atestado medico		
27/12/2018	QUI	08:15	12:20	13:00	17:00	08:05		
28/12/2018	SEX	:	:	:	:	Feriado		
29/12/2018	SAB	:	:	:	:	Sábado		
30/12/2018	DOM	:	:	:	:	Domingo		
31/12/2018	SEG	:	:	:	:	Feriado		

Total Minutos de Atraso: 0:00

Horas Mês: 200

Horas Trabalhadas 200:00



Assinatura do Funcionário

CENTRO DE ATENDIMENTO E PROTEÇÃO SOCIAL - CAIS

Assinatura da chefia



Prefeitura Municipal de Contagem
Secretaria Municipal de Saúde
ATESTADO



Atesto que o(a) Sr(a) Samuel Salinas Eugênio

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 26/12/19, por motivo de doença CID. W575 (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 1

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:

B. CONJUNTO
TEL: 3372-5235

DATA:

26/12/19

ASSINANTE E RESPONSÁVEL

Dra. Jacqueline Rosana Ribeiro Ferreira

CRM MG 76070

CONTROLE 6258794