

Número 900014
 018 104 1639 3 03005296-7 8 AAA 900014 3 | R\$ 598,60
 Pague por este cheque a quantia de Quinhentos e noventa e oito Reais e sessenta centavos
 a Leliana de Miranda Chaves Diniz
 Contagem, 05 de Outubro de 2018
 Antares Antônio Mendes
 ASSOCIACAO DE APOIO SOCIAL E C
 CNPJ 05.956.125/0001-03
 CLIENTE BANCARIO DESDE 03/2018
CAIXA
 JARDIM INDUSTRIAL
 R. TIRADENTES, 2426
 CONTAGEM-MG
 CONFECÇÃO: 05/2018

ASSOCIACAO DE APOIO SOCIAL E CULTURAL RENASCER -AASC
 05.956.125/0001-03

Rua R AGRIPINO DE LIMA , 144 - Bairro INCONFIDENTES - Contagem

Demonstrativo de Pagamento

Func.: 000034 - Leliana de Miranda Chaves Diniz		Período: 09/2018	
Cargo: 0072 - Auxiliar Administrativo I		Matrícula: 0000000000	CTPS: 5614691 / 00040
Depto.: 001 - Administrativo		Admissão: 13/09/2018	CPF: 008.915.856-30
Verbas	Referência	Vencimentos	Descontos
0001 - Salário Contratual	18,00	673,92	
0500 - Salário Família	1,00	19,02	40,43
0094 - Vale Transporte	6,00		53,91
0520 - Desconto INSS	8,00		
		Total: 692,94	Total: 94,34
		Valor Líquido	598,60

ATESTO QUE O SERVIÇO FOI PRESTADO E/OU MATERIAL FORNECIDO

Recebi o valor líquido, acima descrito em 09/10/18 Assinatura: Leliana Miranda Chaves

Salário Base 1.123,20	Sal. Contr. INSS 673,92	Base Cál. FGTS 673,92	FGTS do Mês 53,91	Base Cál. IRRF 620,01	Faixa IRRF
--------------------------	----------------------------	--------------------------	----------------------	--------------------------	------------

ASSOCIAÇÃO DE APOIO SOCIAL E CULTURAL RENASCER

CNPJ: 05.956.125/0001-03

Rua Agripino Lima, 144 – Bairro Inconfidentes – Contagem – MG

E-mail: assrenascer@gmail.com

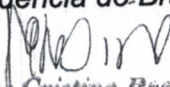
Folha de Ponto – Mês: SETEMBRO/ 2018

Empregador(a)
Nome: ASSOCIAÇÃO DE APOIO SOCIAL E CULTURAL RENASCER CNPJ: 05.956.125/0001-03

Empregado(a)
Nome: <i>Leliana Miranda</i> CPF: <i>008.915.856-30</i>
Cargo: <i>Dir. Adm.</i>

Dia	Entrada	Início do Intervalo	Fim do Intervalo	Saída	Hora Extra	Assinatura do Empregado(a)
1	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO
2	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO
3						
4						
5						
6						
7	FERIADO	FERIADO	FERIADO	FERIADO	FERIADO	FERIADO
8	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO
9	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO
10						
11						
12						
13	8:00	12:00	13:00	17:00		<i>Leliana Miranda</i>
14	8:00	12:00	13:00	17:00		<i>Leliana Miranda</i>
15	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO
16	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO
17	8:00	12:00	13:00	17:00		<i>Leliana Miranda</i>
18	8:00	12:00	13:00	17:00		<i>Leliana Miranda</i>
19	8:00	12:00	13:00	17:00		<i>Leliana Miranda</i>
20	8:00	12:00	13:00	17:00		<i>Leliana Miranda</i>
21	8:00	12:00	13:00	17:00		<i>Leliana Miranda</i>
22	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO
23	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO
24	8:00	12:00	13:00	17:00		<i>Leliana Miranda</i>
25	11:30	12:00	13:00	17:00		<i>Leliana Miranda</i>
26	8:00	12:00	13:00	17:00		<i>Leliana Miranda</i>
27	8:00	12:00	13:00	17:00		<i>Leliana Miranda</i>
28	8:00	12:00	13:00	17:00		<i>Leliana Miranda</i>
29	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO
30	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO

- 07 de Setembro: Independência do Brasil – Feriado Nacional


Elaine Cristina Rocha
 Mat. 32190-7,
 Gerente do Cadastro Único
 Sec. Mun. Desenvolvimento Social e Habitação



Prefeitura Municipal de Contagem
Secretaria Municipal de Saúde
ATESTADO



Atesto que o(a) Sr(a) Jeliane de Almeida Cruz Druz
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 8:00 às 10:30 horas.

Necessita permanecer afastado do trabalho por _____ (_____) dias, a partir de _____ / _____ / _____ 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 mais de um campo.

LIBERDADE

UNIDADE DE SAÚDE	CNES 2190915
DATA	ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL
<u>25/10/18</u>	<u>Cristiella Braga Vieira</u> da Família COREN 104 685 Ent Mat. FAMUC 132048-7