

Cheque Número

05/07/19

Por R\$ 480,00

Saldo Anterior

Depósitos

Transações Eletrônicas

Este cheque

Saldo Atual

Comp. Banco Agência C1 Conta C2 Cheque nº C3 R\$

018 104 1529 0 03005414-7 3 AAA 900019 4 480,00

cheque a ordem de Quatruantros e oitenta reais

Rochelle da Silva



Contagem, 05 de julho de 2019

Marcilua Pauidada Faria

ASSOCIACAO ELDRADO DE APOIO A  
PCA SILVIANO BRANDAO, 82  
CONTAGEM-MG  
CONFECCAO: 04/2019

CNPJ 17.511.460/0001-87  
ASSOCIACAO ELDRADO DE APOIO A  
CLIENTE BANCARIO  
DESDE 11/2018

900019 018 104 1529 0 03005414-7 3 AAA 900019 4



ou à sua ordem

em conformidade com



PREFEITURA MUNICIPAL DE CONTAGEM  
SECRETARIA MUNICIPAL DE FAZENDA  
NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇO - NFS-e

Número da  
NFS-e  
1

Data e Hora da Emissão	05/07/2019 13:55:32	Competência	5/6/2019	Código de Verificação	013639317
Número do RPS		No. da NFS-e substituída		Local da Prestação	CONTAGEM - MG

Prestador de Serviço

Razão Social/Nome	ROCHELLE DA SILVA 08103516686				
Nome Fantasia	ROCHELLE				
CNPJ/CPF	33.831.690/0001-80	Inscrição Municipal	72101444	Município	CONTAGEM - MG
Endereço e CEP	RUA RISO DO PRADO ,99 - CIDADE JARDIM ELDORADO CEP: 32310-410				
Complemento	CASA	Telefone	(31)9226-0901	e-mail	rochelle.toufmg@gmail.com

Tomador de Serviço

Razão Social/Nome	ASSOCIACAO ELDORADO DE APOIO A VIDA				
CNPJ/CPF	17.511.460/0001-87	Inscrição Municipal	50141015	Município	CONTAGEM - MG
Endereço e CEP	RUA RISO DO PRADO ,99 - CIDADE JARDIM ELDORADO CEP: 32310-410				
Complemento		Telefone		e-mail	

Discriminação do Serviço

PRESTAÇÃO DE SERVIÇO EM OFICINA EM LUDOTERAPIA REFERENTE AO MÊS DE JUNHO/2019

Código do Serviço / Atividade

8.02 / 859969900 - outras atividades de ensino não especificadas anteriormente

Detalhamento Específico da Construção Civil

Código da Obra

Código ART

Tributos Federais

PIS (R\$) COFINS (R\$) IR (R\$) INSS (R\$) CSLL (R\$)

Detalhamento de Valores - Prestador do Serviço

Outras Informações

Cálculo do ISSQN devido no Município

Valor do Serviço R\$		Natureza Operação	Valor do Serviço R\$	
480,00		1-Tributação no município	480,00	
(-) Desconto Incondicionado	0,00	Regime Especial Tributação	(-) Deduções Permitidas em Lei	0,00
(-) Desconto Condicionado	0,00	5-Microempresário Individual (MEI)	(-) Desconto Incondicionado	0,00
(-) Retenções Federais	0,00	Opção Simples Nacional	Base de Cálculo	480,00
(-) Outras Retenções	0,00	1 - Sim	(x) Alíquota %	0,00
(-) ISSQN Retido	0,00	Incentivador Cultural	ISSQN a Reter	( ) Sim (X) Não
(=) Valor Líquido R\$	480,00	2-Não	(=) Valor do ISSQN R\$	0,00

Avisos

- 1- Uma via desta Nota Fiscal será enviada através do e-mail fornecido pelo Tomador do Serviço.
- 2- A autenticidade desta Nota Fiscal poderá ser verificada no site, <http://contagem.ginfes.com.br> com a utilização do Código de Verificação.
- 3 - Documento emitido por ME ou EPP optante pelo Simples Nacional. Não gera direito a crédito fiscal de ISS e IPI.



# ASSOCIAÇÃO ELDORADO DE APOIO À VIDA

## PONTO DIÁRIO

MÊS: JUNHO		ANO: 2019			
NOME: ROCHELLE DA SILVA		CARGO: OFICINA DE LUDO TERAPIA			
DIA	ASSINATURA	ENTRADA	SAÍDA	ENTRADA	SAÍDA
1	SÁBADO				
2	DOMINGO				
3	-----				
4	-----				
5	-----				
6	-----				
7	Rochelle da Silva	08:00	12:00	13:00	17:00
8	SÁBADO				
9	DOMINGO				
10	-----				
11	-----				
12	-----				
13	-----				
14					
15	SÁBADO				
16	DOMINGO				
17	-----				
18	-----				
19					
20	FERIADO				
21	Rochelle da Silva	08:00	12:00	13:00	17:00
22	SÁBADO				
23	DOMINGO				
24	-----				
25	-----				
26	-----				
27	-----				
28					
29	SÁBADO				
30	DOMINGO				

### RESUMO MENSAL

PRESENCAS	FALTAS	LICENÇAS	FREQUÊNCIA

OBS:



ATESTADO

Este que o (a) Sr(a) Michelle da Silva

da Carteira Profissional nº \_\_\_\_\_

de Identidade nº \_\_\_\_\_

apresenta ao exame clínico de rotina realizado nesta data, sinais de doença contagiosas, de alteração evidentes de órgãos dos sentidos ou vícios de conformação. Ante a entrevista não evidenciou sinais de déficit ou doença neuro-psiquiátrica. (Este documento é válido como exame médico admissional ou periódico para fins de legislação de segurança do trabalhador, vice portaria nº 24 de 29/12/94 do Ministério do Trabalho).

compareceu nesta data para consulta / exame, tendo permanecido na unidade n° \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ horas.

necessita permanecer afastado do trabalho por 05 (cinco) dias a partir de 24/06/2019 por motivo de doença CID. \_\_\_\_\_

(Este documento é válido para finalidades previstas no Art. 1143 § 1º do Decreto nº 2172 de 05/03/97, Lei nº 1213 de 1997 e Resolução CFM nº 1.219/85, sendo expedido para justificar o afastamento do trabalho n° \_\_\_\_\_ por 1 a 15 dias).

deverá afastar-se do trabalho no período de \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

a partir de \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Conforme disposto no Inciso XVII, Art 7º, Capítulo II, Título II da Constituição Federal de 1988. (Licença Maternidade).

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

23/06/19

