



TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

Conta origem:	0893 / 003 / 00007208-8
Conta destino:	1639 / 013 / 00132467-4
Nome destinatário:	MARIA HELENA DINIZ DE OLIVEIRA
Quantidade de vezes:	
Valor:	R\$ 1.520,00
Data de débito:	11/06/2018
Data/hora da operação:	11/06/2018 16:42:36
Código da operação:	037124
Chave de segurança:	91RMK46ZQHR5H31N

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

CASA DE APOIO A CRIANÇA CARENTE DE CONTAGEM

00.211.504/0001-50

Rua DAS PAINEIRAS, 1448 - Bairro ELDORADO - Contagem

Demonstrativo de Pagamento

Func.: 001721 - MARIA HELENA DINIZ DE OLIVEIRA		Período: 05/2018	
Cargo: 0088 - Educador(a) Social Senior		Matrícula: 0000001721	CTPS: 0064691 / 00619
Depto.: 029 - CASA DE PASSAGEM		Admissão: 05/01/2018	CPF: 418.010.246-34
Verbas	Referência	Vencimentos	Descontos
0001 - Salário Contratual	30,00	1.837,86	
0510 - Arredondamento		0,62	
0094 - Vale Transporte	1,00		110,27
0214 - Seguro	1,00		4,15
0511 - Arredondamento Mês Anterior			0,06
0520 - Desconto INSS	9,00		165,40
0615 - Plano Odontológico	1,00		14,10
1044 - DESCONTO AUXILIO SAUDE	1,00		24,50
		Total: 1.838,48	Total: 318,48
A graça do Senhor Jesus Cristo, e o amor de Deus, e a comunhão do Espírito Santo sejam com todos vos. 2 COR 13.13		Valor Líquido 1.520,00	
Recebi o valor líquido, acima descrito em <u>11/06/18</u> Assinatura: <u>Maria Helena Diniz de Oliveira</u>			
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálcl. FGTS	FGTS do Mês
1.837,86	1.837,86	1.837,86	147,02
		Base Cálcl. IRRF	Faixa IRRF
		1.672,46	

Informamos que o Material Cartão
 emitido neste documento foi recebido
 em perfeito estado em perfeito estado
 pago pela Caixa: 7208-8
 Cheque: 032724
 de R\$ 1470,00
 ASSINATURA: Maria Helena Diniz de Oliveira de 05/18

FOLHA INDIVIDUAL DE PONTO

PORTARIA 3.626/91

Funcionário : 001721 - MARIA HELENA DINIZ DE OLIVEIRA
 Cargo : 0088 - Educador(a) Social Senior
 Data Admissão : 05/01/2018 Matrícula : 0000001721
 Horário : 07:00 às 12:00 13:00 às 19:00
 Período : 01/05/2018 a 31/05/2018
 Departamento : 029 - CASA DE PASSAGEM
 Centro de Custo :

00.211.504/0001-50
 CASA DE APOIO A CRIANÇA CARENTE DE CONTAGEM
 Rua DAS PAINEIRAS 1448
 ELDORADO - 32310400
 Contagem - MG

DIA	INTERVALO				ASSINATURA
	ENTRADA	SAÍDA	ENTRADA	SAÍDA	
01 - Feriado	7:00	12:00	13:00	19:00	Maria Helena Diniz de Oliveira
02 - Quarta-Feira					
03 - Quinta-Feira	7:00	12:00	13:00	19:00	Maria Helena Diniz de Oliveira
04 - Sexta-Feira					
05 - Sábado	7:00	12:00	13:00	19:00	Maria Helena Diniz de Oliveira
06 - Domingo					
07 - Segunda-Feira	7:00	12:00	13:00	19:00	Maria Helena Diniz de Oliveira
08 - Terça-Feira					
09 - Quarta-Feira	7:00	12:00	13:00	19:00	Maria Helena Diniz de Oliveira
10 - Quinta-Feira					
11 - Sexta-Feira	7:00	12:00	13:00	19:00	Maria Helena Diniz de Oliveira
12 - Sábado					
13 - Domingo	7:00	12:00	13:00	19:00	Maria Helena Diniz de Oliveira
14 - Segunda-Feira					
15 - Terça-Feira	7:00	12:00	13:00	19:00	Maria Helena Diniz de Oliveira
16 - Quarta-Feira					
17 - Quinta-Feira	-	-	-	-	
18 - Sexta-Feira					
19 - Sábado	7:00	12:00	13:00	19:00	Maria Helena Diniz de Oliveira
20 - Domingo					
21 - Segunda-Feira	7:00	12:00	13:00	19:00	Maria Helena Diniz de Oliveira
22 - Terça-Feira					
23 - Quarta-Feira	7:00	12:00	13:00	19:00	Maria Helena Diniz de Oliveira
24 - Quinta-Feira					
25 - Sexta-Feira	7:00	12:00	13:00	19:00	Maria Helena Diniz de Oliveira
26 - Sábado					
27 - Domingo	7:00	12:00	13:00	19:00	Maria Helena Diniz de Oliveira
28 - Segunda-Feira					
29 - Terça-Feira	7:00	12:00	13:00	19:00	Maria Helena Diniz de Oliveira
30 - Quarta-Feira					
31 - Feriado	7:00	12:00	13:00	19:00	Maria Helena Diniz de Oliveira

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



Prefeitura Municipal de Contagem
Secretaria Municipal de Saúde
ATESTADO



Atesto que o(a) Sr(a) Maria Helena Diniz

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 dia Maternidade dias, a partir de 17 / 05 / 18 por motivo de doença CID. J10 (a pedido do paciente). (Este atestado é válido p/ finalidades previstas no art. 1438 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

17/05/18

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

Dr. Alexandre Soares da Silva

CRM nº 39353

CONTROLE 549596

SMS-A11