



## TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

**Conta origem:** 0893 / 003 / 00007208-8

**Conta destino:** 0082 / 013 / 00252925-3

**Nome destinatário:** GIZELLE DE FATIMA SOUZA

**Quantidade de vezes:**

**Valor:** R\$ 1.534,00

**Data de débito:** 06/11/2018

**Data/hora da operação:** 06/11/2018 11:39:55

**Código da operação:** 102581

**Chave de segurança:** ML43SAPNPM4QK1UG

Uma operação realizada com sucesso confirma 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.: 001718 - GIZELLE DE FATIMA SOUZA			Periodo: 10/2018		
Cargo: 0088 - Educador(a) Social Senior		Matricula: 0000001718	CTPS: 0058185 / 00060		
Depto.: 029 - CASA DE PASSAGEM		Admissão: 05/01/2018	CPF: 090.844.816-31		
Verbas	Referência	Vencimentos	Descontos		
0001 - Salário Contratual	30,00	1.837,86			
0510 - Arredondamento		0,93			
0094 - Vale Transporte	1,00		110,27		
0214 - Seguro	1,00		4,15		
0511 - Arredondamento Mês Anterior			0,47		
0520 - Desconto INSS	9,00		165,40		
1044 - DESCONTO AUXILIO SAUDE	1,00		24,50		
		<b>Total:</b>	<b>1.838,79</b>	<b>Total:</b>	
				<b>304,79</b>	
Procura apresentar-se a Deus aprovado como obreiro que nao tem do que se envergonhar, II Timoteo 2.15		<b>Valor Líquido</b>		<b>1.534,00</b>	
Recebi o valor liquido, acima descrito em <u>06/11/18</u>		Assinatura: <u>Gizelle de Fatima Souza</u>			
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	FGTS do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.837,86	1.837,86	1.837,86	147,02	1.672,46	

Certificamos que o Material  
 constante deste documento foi recebido  
 pago pela conta: 7208-8  
 Cheque: 10258 / Agência: 06 de Novembro de 2018  
 Assinatura: [Assinatura]

## FOLHA INDIVIDUAL DE PONTO

PORTARIA 3.626/91

Funcionário : 001718 - GIZELLE DE FATIMA SOUZA  
 Cargo : 0088 - Educador(a) Social Senior  
 Data Admissão : 05/01/2018 Matrícula : 0000001718  
 Horário : 19:00 AS 00:00 01:00 AS 07:00  
 Período : 01/10/2018 a 31/10/2018  
 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 - Segunda-Feira					
02 - Terça-Feira	07:00	12:00	13:00	19:01	Gizelle de Fatima Souza
03 - Quarta-Feira					
04 - Quinta-Feira	07:01	12:00	13:00	19:03	Gizelle de Fatima Souza
05 - Sexta-Feira					
Sábado	07:04	12:00	13:00	19:05	Gizelle de Fatima Souza
07 - Domingo					
08 - Segunda-Feira	07:00	12:00	13:00	19:02	Gizelle de Fatima Souza
09 - Terça-Feira					
10 - Quarta-Feira	07:01	12:00	13:00	19:04	Gizelle de Fatima Souza
11 - Quinta-Feira					
12 - Feriado	07:00	12:00	13:00	19:05	Gizelle de Fatima Souza
13 - Sábado					
14 - Domingo	07:00	12:00	13:00	19:04	Gizelle de Fatima Souza
15 - Segunda-Feira					
16 - Terça-Feira	07:03	12:00	13:00	19:05	Gizelle de Fatima Souza
17 - Quarta-Feira					
18 - Quinta-Feira	07:01	12:00	13:00	19:03	Gizelle de Fatima Souza
19 - Sexta-Feira					
20 - Sábado	07:00	12:00	13:00	19:01	Gizelle de Fatima Souza
Domingo					
22 - Segunda-Feira	07:04	12:00	13:00	19:05	Gizelle de Fatima Souza
23 - Terça-Feira					
24 - Quarta-Feira	07:02	12:00	13:00	19:03	Gizelle de Fatima Souza
25 - Quinta-Feira					
26 - Sexta-Feira	07:00	12:00	13:00	19:01	Gizelle de Fatima Souza
27 - Sábado					
28 - Domingo	07:00	12:00	13:00	19:03	Gizelle de Fatima Souza
29 - Segunda-Feira					
30 - Terça-Feira					
31 - Quarta-Feira					


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



NOME E ENDEREÇO DA UNIDADE DE SAÚDE		DATA 29/10/18
NOME DE REGISTRO DO PACIENTE Gizelle de Fátima Souza		
NOME SOCIAL (CONFORME DECRETO Nº 16.533/16 QUE DISPÕE SOBRE O USO DE NOME SOCIAL DE PESSOAS TRAVESTIS E TRANSEXUAIS)		

PRESCRIÇÃO

Atestado Médico,  
declaro que paciente acima  
necessita se ausentar de  
suas atividades laborais  
por 03 (três) dias a partir  
de 29/10/18, por motivos de doença.

Atenciosamente.  
  
CONTROLE 3713538

NOME DE REGISTRO DO RECEBEDOR		IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR	
NOME SOCIAL DO RECEBEDOR (CONFORME DECRETO Nº 16.533/16 QUE DISPÕE SOBRE O USO DE NOME SOCIAL DE PESSOAS TRAVESTIS E TRANSEXUAIS)		DATA: ____/____/____	
IDENTIDADE	ÓRGÃO EMISSOR		
ENDEREÇO			
Nº	TELEFONE	UF	ASSINATURA / BM

SAAA - 03001001 - G