



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: 06/11/2018

Data/hora da operação: 06/11/2018 11:39:59

Código da operação: 103111

Chave de segurança: X13N2PH449NYA4CU

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: 10/2018		
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		0,92			
0094 - Vale Transporte	1,00		110,27		
0214 - Seguro	1,00		4,15		
0511 - Arredondamento Mês Anterior			0,36		
0520 - Desconto INSS	9,00		165,40		
0615 - Plano Odontológico	1,00		14,10		
1044 - DESCONTO AUXILIO SAUDE	1,00		24,50		
		Total: 1.838,78	Total: 318,78		
Procura apresentar-se a Deus aprovado como obreiro que não tem do que se envergonhar, II Timoteo 2.15		Valor Líquido		1.520,00	
Recebi o valor líquido, acima descrito em <u>06/11/18</u> Assinatura: <u><i>Maria Helena Diniz de Oliveira</i></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 inserido
 constante deste documento foi recebido
 Pago pela Conta: 7208-8
 Contagem, 06 de Novembro de 2018
 Assinatura: *[Assinatura]*

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 : 01/10/2018 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	7:00	12:00	13:00	19:01	Maria Helena Diniz de Oliveira
03 - Quarta-Feira					
04 - Quinta-Feira	7:02	12:00	13:00	19:03	Maria Helena Diniz de Oliveira
05 - Sexta-Feira					
06 - Sábado	7:04	12:00	13:00	19:05	Maria Helena Diniz de Oliveira
07 - Domingo					
08 - Segunda-Feira	7:00	12:00	13:00	19:00	Maria Helena Diniz de Oliveira
09 - Terça-Feira					
10 - Quarta-Feira	7:03	12:00	13:00	19:04	Maria Helena Diniz de Oliveira
11 - Quinta-Feira					
12 - Feriado	7:00	12:00	13:00	19:05	Maria Helena Diniz de Oliveira
13 - Sábado					
14 - Domingo	7:03	12:00	13:00	19:04	Maria Helena Diniz de Oliveira
15 - Segunda-Feira					
16 - Terça-Feira	7:03	12:00	13:00	19:05	Maria Helena Diniz de Oliveira
17 - Quarta-Feira					
18 - Quinta-Feira	7:03	12:00	13:00	19:03	Maria Helena Diniz de Oliveira
19 - Sexta-Feira					
20 - Sábado	7:00	12:00	13:00	19:03	Maria Helena Diniz de Oliveira
21 - Domingo					
22 - Segunda-Feira	7:04	12:00	13:00	19:05	Maria Helena Diniz de Oliveira
23 - Terça-Feira					
24 - Quarta-Feira	7:03	12:00	13:00	19:03	Maria Helena Diniz de Oliveira
25 - Quinta-Feira					
26 - Sexta-Feira	7:00	12:00	13:00	19:01	Maria Helena Diniz de Oliveira
27 - Sábado					
28 - Domingo	7:00	12:00	13:00	19:03	Maria Helena Diniz de Oliveira
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



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

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 02 (dois) dias,

a partir de 30/10/18 por motivo de doença CID. G 44 (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 1190/04 e será expedido para justificar o Afastamento do

trabalho de 1 a 15 dias). Antônio Davaro

Deverá afastar-se do trabalho no período de _____ (_____

_____) dias, a partir de 1 / 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
Rua Amazonita, nº 230 - Bairro: Sapucaias
CEP: 32.071-177 Telefone: 3397-8120

UNIDADE DE SAÚDE: **S.M.S - Contagem - MG.**

DATA
30/10/18

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL
Antônio Davaro
CRM nº 37930