



TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

Conta origem: 0893 / 003 / 00007208-8

Conta destino: 0536 / 013 / 00557732-9

Nome destinatário: PAULO COSTA REIS

Quantidade de vezes:

Valor: R\$ 1.926,00

Data de débito: 09/07/2018

Data/hora da operação: 09/07/2018 13:15:55

Código da operação: 826175

Chave de segurança: GNU11ZHC4AFEJ6MF

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.: 001724 - PAULO COSTA REIS		Matricula: 0000001724		Periodo: 06/2018	
Cargo: 0038 - Educador(a) Social Senior		Admissão: 05/01/2018		CTPS: 8437146 / 00030	
Depto.: 029 - CASA DE PASSAGEM				CPF: 979.827.176-91	
Descrição		Valor	Valor	Descontos	
0001 - Salário Contratual	30,00	1.837,86			
0507 - Descanso Remunerado s/ Adicional Noturno	4,00	37,70			
0510 - Arredondamento		0,61			
1038 - Adicional Noturno 20% Hr	120,00	245,05			
0214 - Seguro	1,00				4,15
0511 - Arredondamento Mês Anterior					0,22
0520 - Desconto INSS	9,00				190,85
					195,22
BEM-AVENTURADO e aquele que atende ao pobre, o SENHOR o livrara no dia do mal. SL 41 Vers 1					1.826,00
Recebi o valor líquido, acima descrito em <u>09/07/18</u>		Assinatura: <u>Paulo Costa Reis</u>			
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálculo FGTS	FGTS do Mês	Base Cálculo IRRF	Faixa IRRF
1.837,86	2.120,61	2.120,61	169,64	1.740,17	


 Recebi o valor líquido em 09/07/18
 Assinatura: Paulo Costa Reis
 CPF: 979.827.176-91
 Assinatura: [Assinatura]

FOLHA INDIVIDUAL DE PONTO

PORTARIA 3.626/91

Funcionário : 001724 - PAULO COSTA REIS
 Cargo : 0088 - Educador(a) Social Senior
 Data Admissão : 05/01/2018 Matrícula : 0000001724
 Horário : 07:00 às 12:00 13:00 às 19:00
 Período : 01/06/2018 a 30/06/2018
 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 - Sexta-Feira		01:00	02:00	07:00	P. - 10 Costa
02 - Sábado	18:56				P. - 10 Costa
03 - Domingo		01:00	02:00	07:00	P. - 10 Costa
04 - Segunda-Feira	18:55				P. - 10 Costa
05 - Terça-Feira		01:00	02:00	07:00	P. - 10 Costa
06 - Quarta-Feira	18:59				P. - 10 Costa
07 - Quinta-Feira		01:00	02:00	07:00	P. - 10 Costa
08 - Sexta-Feira	18:58				P. - 10 Costa
09 - Sábado		01:00	02:00	07:00	P. - 10 Costa
10 - Domingo	18:59				P. - 10 Costa
11 - Segunda-Feira		01:00	02:00	07:00	P. - 10 Costa
12 - Terça-Feira	18:56				P. - 10 Costa
13 - Quarta-Feira		01:00	02:00	07:00	P. - 10 Costa
14 - Quinta-Feira	18:54				P. - 10 Costa
15 - Sexta-Feira		01:00	02:00	07:00	x atestado
16 - Sábado					x atestado
17 - Domingo					x atestado
18 - Segunda-Feira					x atestado
19 - Terça-Feira					x atestado
20 - Quarta-Feira	18:59				P. - 10 Costa
21 - Quinta-Feira		01:00	02:00	07:00	P. - 10 Costa
22 - Sexta-Feira	18:51				P. - 10 Costa
23 - Sábado		01:00	02:00	07:00	P. - 10 Costa
24 - Domingo	18:57				P. - 10 Costa
25 - Segunda-Feira		01:00	02:00	07:00	P. - 10 Costa
26 - Terça-Feira	18:59				P. - 10 Costa
27 - Quarta-Feira		01:00	02:00	07:00	P. - 10 Costa
28 - Quinta-Feira	18:52				P. - 10 Costa
29 - Sexta-Feira		01:00	02:00	07:00	P. - 10 Costa
30 - Sábado	18:56				P. - 10 Costa

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



ATESTADO MÉDICO

Atesto que o(a) Sr.(a) Paulo Gato Reis
portador(a) 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 sentidos ou vícios de conformação física. Durante a entrevista não evidenciou sinais de déficit ou doenças neuro-psiquiátricas. (Este atestado não é válido como exame médico admissional, demissional ou periódico para fins da legislação de segurança e saúde do trabalhador, vide portaria nº 24 de 29/12/94 do Ministério do Trabalho).

Compareceu nesta data para consulta/exame tendo permanecido nesta unidade no período de _____ às _____ horas

Necessita permanecer afastado do trabalho por 05 (Cinco dias) dias, a partir de 15/06/18 por motivo de doença 430.0 (a pedido do cliente). (Este atestado é válido para 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). Obs. CID. autoriza-se pelo paciente

Deverá afastar-se do trabalho por um período de _____ dias, a partir de ____/____/____ conforme o dispositivo no inciso XVII. art 7º, capítulo II. título II da Constituição Federal de 05/10-1988. (Licença Maternidade)

Este atestado perderá o valor em caso de rasura ou de preenchimento de mais de um campo.

UNIDADE DE SAÚDE

DATA

15/06/18

SIGNATURA / CARIMBO DO MÉDICO / ODONTÓLOGO CRM / CRO

