



TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

Conta origem: 0893 / 003 / 00007208-8

Conta destino: 0893 / 013 / 00074029-0

Nome destinatário: CLEA MARIA DE SOUZA

Quantidade de vezes:

Valor: R\$ 930,00

Data de débito: 05/09/2018

Data/hora da operação: 05/09/2018 18:05:14

Código da operação: 914352

Chave de segurança: S132HN8JZ2UWT6X3

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.: 001704 - CLEA MARIA DE SOUZA		Período: 08/2018	
Cargo: 0015 - Recepcionista		Matricula: 0000001704	CTPS: 9302766 / 00050
Depto.: 029 - CASA DE PASSAGEM		Admissão: 03/01/2018	CPF: 843.056.816-68
Verbas	Referência	Vencimentos	Descontos
0001 - Salário Contratual	30,00	1.015,00	
0510 - Arredondamento		0,93	
0214 - Seguro	1,00		4,15
0511 - Arredondamento Mês Anterior			0,58
0520 - Desconto INSS	8,00		81,20
		Total: 1.015,93	Total: 85,93
Cia. o Deus de esperança vos encha de todo o gozo e paz em crença. para que abundeis em esperança pela virtude do Espírito Santo. Rm 15:13		Valor Líquido 930,00	
Recebi o valor líquido, acima descrito em <u>05/09/18</u> Assinatura: <u><i>Cleamaria de Souza</i></u>			
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	FGTS do Mês
1.015,00	1.015,00	1.015,00	81,20
		Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
		933,80	

Certificamos que o Material em Serviço
 constante deste documento foi recebido
 Pago pela Conta: 7208-8
 Cheque: 914352 de Setembro
 Conto: 05 de Setembro
 Assinatura: *[Assinatura]*



FOLHA INDIVIDUAL DE PONTO

PORTARIA 3.626/91

Funcionário : 001704 - CLEA MARIA DE SOUZA
 Cargo : 0015 - Recepcionista
 Data Admissão : 03/01/2018 Matrícula : 0000001704
 Horário : 08:00 12:00 13:00 17:00
 Período : 01/08/2018 a 31/08/2018
 Departamento : 029 - CASA DE PASSAGEM
 Centro de Custo :

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

DIA	INTERVALO				ASSINATURA
	ENTRADA	SAÍDA	ENTRADA	SAÍDA	
01 - Quarta-Feira	08:00	12:00	13:00	17:00	Clema Souza
02 - Quinta-Feira	07:55	12:05	13:00	17:10	Clema Souza
03 - Sexta-Feira	08:00	12:00	13:00	17:00	Clema Souza
04 - Sábado					
05 - Domingo					
- Segunda-Feira	08:00	12:05	13:00	17:00	Clema Souza
07 - Terça-Feira	07:55	12:00	13:00	17:00	Clema Souza
08 - Quarta-Feira	08:00	12:00	13:00	17:00	Clema Souza
09 - Quinta-Feira	07:55	12:00	13:00	17:00	Clema Souza
10 - Sexta-Feira	08:00	12:00	13:00	18:55	Clema Souza
11 - Sábado					
12 - Domingo					
13 - Segunda-Feira	07:55	12:00	13:00	17:00	Clema Souza
14 - Terça-Feira	07:59	12:00	13:05	17:10	Clema Souza
15 - Quarta-Feira	08:00	12:00	13:00	17:00	Clema Souza
16 - Quinta-Feira	08:00	12:05	13:00	17:00	Clema Souza
17 - Sexta-Feira	08:00	12:00	13:00	17:10	Clema Souza
18 - Sábado					
19 - Domingo					
20 - Segunda-Feira	Atestado				
21 - Terça-Feira	Atestado				
22 - Quarta-Feira	Atestado				
23 - Quinta-Feira	08:00	12:00	13:00	17:00	Clema Souza
24 - Sexta-Feira	08:00	12:00	13:00	18:00	Clema Souza
25 - Sábado			13:00	19:00	Clema Souza
26 - Domingo	07:00	12:00	13:00	18:30	Clema Souza
27 - Segunda-Feira	08:00	12:00	13:00	17:00	Clema Souza
28 - Terça-Feira	10:00	12:00	13:00	17:00	Clema Souza
29 - Quarta-Feira	08:00	12:00	13:00	17:40	Clema Souza
30 - Quinta-Feira	Compensação de horas				
31 - Sexta-Feira	Compensação de horas				

De conformidade com a Portaria MIB 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) Clea Maria de Souza
portador da Carteira Profissional nº _____
e Carteira de Identidade nº _____

Não apresenta ao exame clínico de rotina realizada 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 Um dias, a partir de 20/09/09 por motivo de doença CID. I-10 (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 1190/84 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

UPA VARGEM DAS FLORES
Av. Retiro dos Imigrantes, 80
Bairro Retiro - Contagem - MG
3911-7232 / 3352-5111

UNIDADE DE SAÚDE	ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

DATA 20/09/09
SMS-AT1





Prefeitura Municipal de Contagem
Secretaria Municipal de Saúde
ATESTADO



Atesto que o(a) Sr(a) Elia Maria de Souza
portador da Carteira Profissional nº _____
e Carteira de Identidade nº _____

Não apresenta ao exame clínico de rotina realizada 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, um dias, a partir de 01, 08, 13 por motivo de doença CID. _____ (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 1190/84 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

CLÍNICA VARGEM DAS FLORES
Av. Retiro dos Imigrantes, 80
Barro Preto - Contagem - MG
3917-7232 / 3352-5111

DATA

21/08/13

ASSINATURA E CARGO DO RESPONSÁVEL

SMS-A11





Atesto que o(a) Sr(a) Elva Maria de Souza

portador da Carteira Profissional nº _____

e Carteira de Identidade nº MG 9.450.342

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 (um) dias, a partir de 22 / 08 / 18 por motivo de doença CID. R03 (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 1190/84 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).

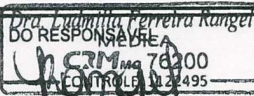
OBS.: Este Atestado perderá o valor em caso de rasura e de preenchimento de mais de um campo.

UNIDADE DE SAÚDE

DATA

22/08/18

ASSINATURA E CARIMBO



SMS-A11



HS Análises Clínicas
Av João César de Oliveira, 4495 - Novo Eldorado
Contagem/MG - CEP 32.010-000
Tel.: (31) 3352-6878
CNPJ: 27033691/0002-57 - CRF MG 38669



DECLARAMOS PARA OS DEVIDOS FINS QUE
Clea Maria de Souza
COMPARECEU NESTA UNIDADE, NO DIA 28/08 /2018 PARA REALIZAÇÃO DE EXAMES LABORATORIAIS,
PERMANENCENDO NA UNIDADE DE 08:00 ATÉ AS 09:45.

CONTAGEM, 28 de Agosto de 2018.


Assinatura do Profissional