



TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

Conta origem: 0893 / 003 / 00007208-8

Conta destino: 1529 / 013 / 00022429-5

Nome destinatário: JOSE CARLOS FERREIRA

Quantidade de vezes:

Valor: R\$ 1.814,00

Data de débito: 05/09/2018

Data/hora da operação: 05/09/2018 18:05:34

Código da operação: 915116

Chave de segurança: H9ECYN7NTZ22PHUM

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.: 001728 - JOSE CARLOS FERREIRA		Período: 08/2018	
Cargo: 0088 - Educador(a) Social Senior		Matricula: 0000001728	CTPS: 4156232 / 001-0
Depto.: 029 - CASA DE PASSAGEM		Admissão: 06/01/2018	CPF: 565.267.686-87

Verbas	Referência	Vencimentos	Descontos
0001 - Salário Contratual	30,00	1.837,86	
0507 - Descanso Remunerado s/ Adicional Noturno	4,00	36,30	
0510 - Arredondamento		0,40	
1038 - Adicional Noturno 20% Hr	120,00	245,05	
0094 - Vale Transporte	1,00		
0214 - Seguro	1,00		110,27
0511 - Arredondamento Mês Anterior			4,15
0520 - Desconto INSS	9,00		0,47
			190,72

Ora, 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	Total:	2.119,61	Total:	305,61
	Valor Líquido			1.814,00

Recebi o valor líquido, acima descrito em 05/09/18 Assinatura:

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	FGTS do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.837,86	2.119,21	2.119,21	169,53	1.928,49	

Certificamos que o Material de Serviço
 Prestado neste documento foi recebido,
 pago pela conta: 7.208-8
 Cheque nº 5116 de 05/09/18
 de Areal Cont. de Setembro de 2018.
 Assinatura:



FOLHA INDIVIDUAL DE PONTO

PORTARIA 3.626/91

Funcionário : 001728 - JOSE CARLOS FERREIRA
 Cargo : 0088 - Educador(a) Social Senior
 Data Admissão : 06/01/2018 Matrícula : 0000001728
 Horário : 19:00 às 23:00 00:00 às 07:00
 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 CRIANÇA CARENTE DE CONTAGEM
 Rua DAS PAINEIRAS 1448
 ELDORADO - 32310400
 Contagem - MG

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

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) Jose Carlos Ferreira

portador da Carteira Profissional nº _____ UPA SEDE
TEL.: 3352-5121

e Carteira de Identidade nº _____ Rua Joaquim Camarões
Centro - Contagem

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 07, sete dias, a partir de 09/08/18 por motivo de doença CID. H10 (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 09/08/18

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL
Dr. Leiliane Lemes Neiva
CONTROLE 0645083

SMS-A11