

ALFENSO ALONSO AND LASSER

Comp. Banco Agência C1 Conta C2 Série Cheque nº C3 RS
018 104 0893 5 0300028700 9 AAA 301511 4 #2629,00#

Pague por este cheque a quantia de Dois mil seiscentos e vinte e nove reais

e centavos acima

a Suomara Gonçalves de Oliveira ou à sua ordem

CAIXA

Contagem, 04 de dezembro de 20 19
Des

CONTAGEM, MG
AV JOAO C. OLIVEIRA 1205
CONTAGEM - MG
CONFECCAO = 09/16

CASA DE APOIO A C C CONTAGEM
CNPJ/CPF 00.211.504/0001-50
05/2006

CLIENTE BANCÁRIO DESDE


⑆10408933⑆ 0183015115⑆ 800300028701⑆

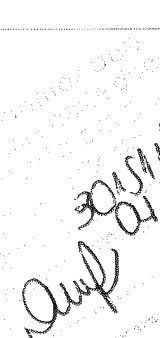
CASA DE APOIO A CRIANÇA CARENTE DE CONTAGEM

00.211.504/0001-50

Rua DAS PAINEIRAS, 1448 - Bairro ELDORADO - Contagem


Demonstrativo de Pagamento

Func.: 001915 - SCIAMARA GONCALVES DE OLIVEIRA			Período: 11/2019		
Cargo: 0003 - Coordenador (a)		Matricula: 0000001915		CTPS: 6004794 / 00060	
Depto.: 042 - SERVIÇO DE CONVIVENCIA			Admissão: 23/08/2019		CPF: 776.973.406-15
Verbas	Referência	Vencimentos		Descontos	
0001 - Salário Contratual	30,00	3.271,35			
0510 - Arredondamento		0,52			
0094 - Vale Transporte	1,00			196,28	
0214 - Seguro	1,00			4,33	
0511 - Arredondamento Mês Anterior				0,49	
0520 - Desconto INSS	11,00			359,84	
0530 - Desconto IRRF	15,00			81,93	
		Total:	3.271,87	Total:	642,87
		Valor Líquido	2.629,00		
Recebi o valor líquido, acima descrito em <u>04/12/19</u> Assinatura: 					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	FGTS do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
3.271,35	3.271,35	3.271,35	261,70	2.911,51	15%



 30/11/2019

 Recebido





FOLHA INDIVIDUAL DE PONTO

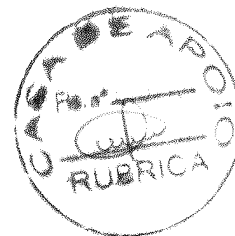
PORTARIA 3.626/91

Funcionário : 001915 - SCIOMARA GONCALVES DE OLIVEIRA
 Cargo : 0003 - Coordenador (a)
 Data Admissão : 23/08/2019 Matrícula : 0000001915
 Horário : 07:00 12:00 13:00 17:00
 Período : 01/11/2019 a 30/11/2019
 Departamento : 042SERVIÇO DE CONVIVENCIA
 Centro de Custo :

00.211.504/0001-50
 CASA DE APOIO A CRIANÇA CARENTE DE CONTAGEM
 Rua DAS PAINEIRAS 1448
 ELDORADO - 32310-400
 Contagem - MG

DIA	INTERVALO				ASSINATURA
	ENTRADA	SAÍDA	ENTRADA	SAÍDA	
01 - Sexta-Feira	8:01	12:00	12:58	17:01	<i>[Handwritten Signature]</i>
02 - Feriado					
03 - Domingo					
04 - Segunda-Feira	7:59	12:03	12:59	17:02	<i>[Handwritten Signature]</i>
05 - Terça-Feira	8:01	12:01	13:01	17:00	<i>[Handwritten Signature]</i>
06 - Quarta-Feira	7:58	12:00	12:59	17:00	<i>[Handwritten Signature]</i>
07 - Quinta-Feira	8:02	12:00	13:01	17:01	<i>[Handwritten Signature]</i>
08 - Sexta-Feira	7:59	12:01	12:58	17:05	<i>[Handwritten Signature]</i>
09 - Sábado					
10 - Domingo					
11 - Segunda-Feira	8:00	12:01	12:58	17:01	<i>[Handwritten Signature]</i>
12 - Terça-Feira	7:59	12:00	13:01	17:00	<i>[Handwritten Signature]</i>
13 - Quarta-Feira	7:58	12:00	13:01	17:00	<i>[Handwritten Signature]</i>
14 - Quinta-Feira	7:59	12:00	12:59	17:00	<i>[Handwritten Signature]</i>
15 - Feriado					
16 - Sábado					
17 - Domingo					
18 - Segunda-Feira	8:00	12:01	13:01	17:02	<i>[Handwritten Signature]</i>
19 - Terça-Feira	8:00	12:02	13:01	17:00	<i>[Handwritten Signature]</i>
20 - Quarta-Feira	7:59	12:01	12:59	17:00	<i>[Handwritten Signature]</i>
21 - Quinta-Feira	7:58	12:01	13:00	17:01	<i>[Handwritten Signature]</i>
22 - Sexta-Feira	8:00	12:01	13:00	15:30	<i>[Handwritten Signature]</i>
23 - Sábado					
24 - Domingo					
25 - Segunda-Feira	7:59	12:03	13:01	17:00	<i>[Handwritten Signature]</i>
26 - Terça-Feira	8:00	12:01	13:01	17:00	<i>[Handwritten Signature]</i>
27 - Quarta-Feira	7:58	12:03	13:03	17:00	<i>[Handwritten Signature]</i>
28 - Quinta-Feira	7:59	12:01	13:01	17:00	<i>[Handwritten Signature]</i>
29 - Sexta-Feira	8:01	12:03	13:01	17:01	<i>[Handwritten Signature]</i>
30 - Sábado					

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



HEMATOLÓGICA COAI | CC



O(a) Sr.(a) Solomina Gonçalves de Oliveira

DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO

Compareceu a este serviço, das 16:13 às 17:00 horas, para:

- Consulta médica
- Acompanhar familiar
- Tratamento ambulatorial
- Outros _____

Podendo retornar ao trabalho.

22 / 11 / 19

00 410 960/0001-20

HEMATOLÓGICA - CLÍNICA DE HEMATOLOGIA S/A

Rua dos Otoni, 909 - 3º Andar

Bairro Santa Efigênia - CEP 30150-274

BELO HORIZONTE - MG

Médico Responsável

