



TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

Conta origem: 0893 / 003 / 00007448-0

Conta destino: 0893 / 013 / 00074029-0

Nome destinatário: CLEA MARIA DE SOUZA

Quantidade de vezes:

Valor: R\$ 1.095,00

Data de débito: 02/08/2019

Data/hora da operação: 02/08/2019 06:51:33

Código da operação: 000617

Chave de segurança: 54SNKUWMY57S6Q1C

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.: 001840 - CLEA MARIA DE SOUZA			Período: 07/2019		
Cargo: 0015 - Recepcionista		Matrícula: 0000001840	CTPS: 9302766 / 00050		
Depto.: 041 - CASA DE PASSAGEM TC 11/2018		Admissão: 03/12/2018	CPF: 843.056.816-68		
Verbas	Referência	Vencimentos		Descontos	
0001 - Salário Contratual	30,00	1.200,00			
0510 - Arredondamento		0,80			
0214 - Seguro	1,00			4,33	
0511 - Arredondamento Mês Anterior				0,47	
0520 - Desconto INSS	8,00			96,00	
2267 - DESCONTO AUX REDE	1,00			5,00	
		Total:	1.200,80	Total: 105,80	
		Valor Líquido		1.095,00	
Recebi o valor líquido, acima descrito em <u>12/08/19</u> Assinatura: <u>Clea Maria de Souza</u>					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	FGTS do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.200,00	1.200,00	1.200,00	96,00	1.104,00	

0000001840
03
Agosto 2019
Clea Maria de Souza

FOLHA INDIVIDUAL DE PONTO

PORTARIA 3.626/91

Funcionário : 001840 - CLEA MARIA DE SOUZA
 Cargo : 0015 - Recepcionista
 Data Admissão : 03/12/2018 Matrícula : 0000001840
 Horário : 08:00 12:00 13:00 17:00
 Período : 01/07/2019 a 31/07/2019
 Departamento : 041 - CASA DE PASSAGEM TC 11/2018
 Centro de Custo :

00.211.504/0001-50
 CASA DE APOIO A CRIANÇA CARENTE DE CONTAGEM
 Rua DAS PAINEIRAS 1448
 EL Dorado - 32310400
 Contagem - MG

DIA	INTERVALO				HORA EXTRA		ASSINATURA
	ENTRADA	SAÍDA	ENTRADA	SAÍDA	ENTRADA	SAÍDA	
01 - Segunda-Feira	8:00	12:00	13:00	18:00			Clea Maria de Souza
02 - Terça-Feira	8:00	12:00	13:00	17:00			Clea Maria de Souza
03 - Quarta-Feira	8:00	12:00	13:00	17:00			Clea Maria de Souza
04 - Quinta-Feira	8:00	12:00	13:00	17:00			Clea Maria de Souza
05 - Sexta-Feira	8:00	12:00	13:00	17:00			Clea Maria de Souza
06 - Sábado							
07 - Domingo							
08 - Segunda-Feira	8:00	12:00	13:00	17:00			Clea Maria de Souza
09 - Terça-Feira	8:00	12:00	13:00	17:00			Clea Maria de Souza
10 - Quarta-Feira	8:00	12:00	13:00	17:00			Clea Maria de Souza
11 - Quinta-Feira	8:00	12:00	13:00	17:00			Clea Maria de Souza
12 - Sexta-Feira	8:00	12:00	13:00	18:00			Clea Maria de Souza
13 - Sábado	8:00	14:00					Clea Maria de Souza
14 - Domingo							
15 - Segunda-Feira	8:00	12:00	13:00	18:00			Clea Maria de Souza
16 - Terça-Feira	8:00	12:00	13:00	18:00			Clea Maria de Souza
17 - Quarta-Feira	8:00	12:00	13:00	17:00			Clea Maria de Souza
18 - Quinta-Feira	8:00	12:00	13:00	17:00			Clea Maria de Souza
19 - Sexta-Feira	8:00	12:00	13:00	17:00			Clea Maria de Souza
20 - Sábado							
21 - Domingo							
22 - Segunda-Feira	8:00	12:00	13:00	17:00			Clea Maria de Souza
23 - Terça-Feira	8:00	12:00	13:00	17:00			Clea Maria de Souza
24 - Quarta-Feira	8:00	12:00	13:00	17:00			Clea Maria de Souza
25 - Quinta-Feira	8:00	12:00	13:00	17:00			Clea Maria de Souza
26 - Sexta-Feira	8:00	12:00	13:00	18:00			Clea Maria de Souza
27 - Sábado							
28 - Domingo							
29 - Segunda-Feira	8:00	12:00	13:00	17:00			Clea Maria de Souza
30 - Terça-Feira	Atestado						
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



SAINT SAÚDE

ATESTADO

O (a) Sr.(a) Clara Maria de Souza

ATESTADO DE COMPARECIMENTO

Compareceu na Clínica Saint Saúde, das ____ as ____ horas para:

Consulta médica

Acompanhante _____

Outros _____

ATESTADO DE AFASTAMENTO

Deverá permanecer por 02 (dois) dias afastado (a) do trabalho a partir desta data por motivo de doença. CID A46.

LICENÇA MATERNIDADE

Necessita permanecer _____ (_____) dias afastada do trabalho a partir desta data conforme disposto no inciso XVII. Art. 7, capítulo II, título II da Constituição de 05/10/1988.

Paciente de acordo com atestado de CID.



30 / 04 / 19

DATA

MÉDICO / CRM

RUA PIAUÍ – 633 – SANTA EFIGÊNIA – BELO HORIZONTE /MG

CENTRAL DE MARCAÇÃO: 31-3504-1141 / 31- 3504-1121 / 3241-5187