



TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

Conta origem: 0893 / 003 / 00007448-0

Conta destino: 0092 / 013 / 00015299-8

Nome destinatário: JOSE TARCISIO DOS SANTOS

Quantidade de vezes:

Valor: R\$ 1.749,00

Data de débito: 05/06/2019

Data/hora da operação: 05/06/2019 07:25:02

Código da operação: 003145

Chave de segurança: 91QVXVP0KNYC8V4T

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

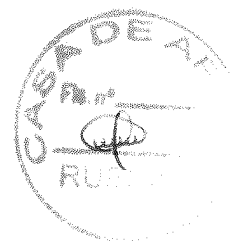
00.211.504/0001-50

Rua DAS PAINEIRAS, 1448 - Bairro ELDORADO - Contagem

Demonstrativo de Pagamento

Func.: 001824 - JOSE TARCISIO DOS SANTOS			Período: 05/2019		
Cargo: 0088 - Educador(a) Social Senior			Matrícula: 0000001824	CTPS: 0062395 / 00174	
Depto.: 041 - CASA DE PASSAGEM TC 11/2018			Admissão: 02/12/2018	CPF: 663.496.056-91	
			Descontos		
0001 - Salário Contratual	30,00		1.911,37		
0507 - Descanso Remunerado s/ Adicional Noturno	5,00		49,01		
0510 - Arredondamento			0,38		
1038 - Adicional Noturno 20% Hr	120,00		254,85		
0094 - Vale Transporte	1,00				114,68
0214 - Seguro	1,00				4,33
0511 - Arredondamento Mês Anterior					0,53
0520 - Desconto INSS	9,00				199,37
0615 - Plano Odontológico					98,70
1017 - Mensalidade Social					22,50
1044 - DESCONTO AUXILIO SAUDE					26,50
			Total:	2.215,61	Total:
					466,61
Tu conservarás em paz aquele cuja mente está firme em ti; porque ele confia em ti. Isaías 26:3			Valor Líquido		
					1.749,00
Recebi o valor líquido, acima descrito em <u>05/06/19</u> Assinatura:					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	FGTS do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.911,37	2.215,23	2.215,23	177,21	1.636,68	

Certificamos que o Material/Service
 constante deste documento foi Recebido/
 Prestado em perfeitas condições.
 Pago pela Conta: 7448-0
 Cheque: 003145 Area/Coma - 05/2019
 Contagem 05 de Junho de 2019
 Assinatura:



FOLHA INDIVIDUAL DE PONTO

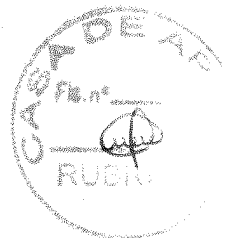
PORTARIA 3.626/91

Funcionário : 001824 - JOSE TARCISIO DOS SANTOS
 Cargo : 0088 - Educador(a) Social Senior
 Data Admissão : 02/12/2018 Matrícula : 0000001824
 Horário : 19:00 AS 00:00 01:00 AS 07:00
 Período : 01/05/2019 a 31/05/2019
 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
 ELDORADO - 32310400
 Contagem - MG

DIA	INTERVALO				ASSINATURA
	ENTRADA	SAÍDA	ENTRADA	SAÍDA	
01 - Feriado	18.58				Assinatura
02 - Quinta-Feira		01.00	02.00	7.00	Assinatura
03 - Sexta-Feira	18.57				Assinatura
04 - Sábado		01.00	02.00	7.00	Assinatura
05 - Domingo	18.59				Assinatura
06 - Segunda-Feira		01.00	02.00	7.00	Assinatura
07 - Terça-Feira	18.57				Assinatura
08 - Quarta-Feira		01.00	02.00	7.00	Assinatura
09 - Quinta-Feira	18.58				Assinatura
10 - Sexta-Feira		01.00	02.00	7.00	Assinatura
11 - Sábado	18.59				Assinatura
12 - Domingo		01.00	02.00	7.00	Assinatura
13 - Segunda-Feira	18.58				Assinatura
14 - Terça-Feira		01.00	02.00	7.00	Assinatura
15 - Quarta-Feira	18.59				Assinatura
16 - Quinta-Feira		01.00	02.00	7.00	v Assinatura
17 - Sexta-Feira	Ajustado				
18 - Sábado	Ajustado				
19 - Domingo	Ajustado				
20 - Segunda-Feira	Ajustado				
21 - Terça-Feira	18.59				v Assinatura
22 - Quarta-Feira		01.00	02.00	7.00	Assinatura
23 - Quinta-Feira					
24 - Sexta-Feira					
25 - Sábado					
26 - Domingo					
27 - Segunda-Feira	Ajustado				
28 - Terça-Feira					
29 - Quarta-Feira					
30 - Quinta-Feira					
31 - Sexta-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



ORTHO CENTER

Betim

Ortopedia e Fisioterapia Especializadas

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o(a) Sr.(a) Jose Torise

necessita de 30 dias de afastamento de suas atividades a partir de 28/05/19

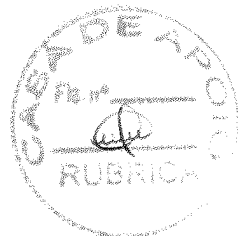
por motivo de doença.

CID: M511 + M545

Assinatura e Carimbo

Betim, 28 de 05 de 2019

Av. Governador Valadares, 612, Centro, Betim- MG / CEP 32.600-216
Tel: (31) 3532-1198





SAINT SAÚDE

CLÍNICA MÉDICA

ATESTADO

O (a) Sr. (a) JOSE TARCISIO DOS SANTOS

ATESTADO DE APTIDÃO FÍSICA

Ao exame clínico não apresenta sinais de doenças, infectocontagiosas, de alterações evidentes dos órgãos dos sentidos ou vícios de conformação física. Durante a entrevista, não evidenciou sinais de déficit ou doença neuropsiquiátrica.

ATESTADO DE COMPARECIMENTO

Compareceu na Clínica Médica Saint Saúde, das _____ às _____ horas para:

Consulta médica

Acompanhar família

Outros _____

Podendo retornar ao trabalho _____

ATESTADO DE AFASTAMENTO

Deverá permanecer 7 (SETE) dias

afastado(a) do trabalho a partir desta data por motivo de doença. CID M59.3

LICENÇA MATERNIDADE

Necessita permanecer _____ dias

afastado(a) do trabalho a partir desta data conforme disposto no inciso XVII, art. 7º capítulo II, título II da constituição de 05/10/88.

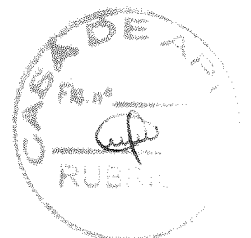
22, 5, 19

Data


Médico/ CRM

Rua Piauí nº 633 - Santa Eligênia - Belo Horizonte/MG - CEP: 30150-320

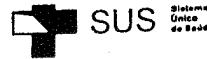
Central de marcação: 31 3504-1121 / 31 3504-1141





PREFEITURA DE BETIM

ATESTADO



Atesto que o(a) Sr(a) pro donos dos bancos

Portador 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 dos sentidos ou vícios de conformação física. Durante a entrevista não evidenciou sinais de déficit ou doença neuro-psiquiátrica. (Este atestado não é valido 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, a partir de 16/05/99 por motivo de doença CID: A90 (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).

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

OBS: este atestado perderá o valor em caso de rasura e de preenchimento de mais de um campo.

UNIDADE DE SAÚDE		UPA ALTEROSAS - CNES 2126052	SUS - BETIM
DATA		Dr. Frederico Augusto G. N. Pedrosa	
<u>16/05/99</u>		CRM nº 73508	
		CONTRÔLE 7098804	
		ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL	

Cód.: 25740

IMPRESSO GRÁFICA - SEAD / PMB

