



TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

Conta origem:	0893 / 003 / 00007448-0
Conta destino:	1639 / 013 / 00071587-4

Nome destinatário:	FLAVIO FONSECA JUNIOR
Quantidade de vezes:	
Valor:	R\$ 1.552,00

Data de débito:	04/07/2019
Data/hora da operação:	04/07/2019 06:51:23

Código da operação:	004366
Chave de segurança:	2A5TE6YLP6ACE4SP

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.: 001823 - FLAVIO FONSECA JUNIOR			Período: 06/2019		
Cargo: 0088 - Educador(a) Social Senior		Matrícula: 0000001823	CTPS: 7270568 / 00040		
Depto.: 041 - CASA DE PASSAGEM TC 11/2018		Admissão: 02/12/2018	CPF: 042.935.936-59		
Verbas	Referência	Vencimentos	Descontos		
0001 - Salário Contratual	30,00	1.911,37			
0510 - Arredondamento		0,76			
0094 - Vale Transporte	1,00		114,68		
0214 - Seguro	1,00		4,33		
0511 - Arredondamento Mês Anterior			0,30		
0520 - Desconto INSS	9,00		172,02		
0615 - Plano Odontológico			42,30		
1044 - DESCONTO AUXILIO SAUDE			26,50		
		Total:	1.912,13	Total: 360,13	
		Valor Líquido	1.552,00		
Recebi o valor líquido, acima descrito em <u>04/07/19</u> Assinatura: <i>Flavio Fonseca Junior</i>					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	FGTS do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.911,37	1.911,37	1.911,37	152,90	1.739,35	

Certificamos que o maior valor em serviço constante deste documento foi Recebido/ Prestado em 04/07/19.

R\$ 43,66 74480

04/07/19

[Assinatura]

Assinatura

FORMULARIO N° 001

Funcionario: **ALBERTO GARCIA GONZALEZ**
 Cargo: **PROFESOR DE EDUCACION PRIMARIA**
 Data Admisión: **19/08/2000**
 Horario: **07:00 - 13:00**
 Período: **19/08/2000 - 19/08/2000**
 Departamento: **Departamento de Educación**
 Centro de Trabajo:

Código	Descripción	Cantidad	Valor Unitario	Valor Total
01	Almuerzo			
02	Comida			
03	Seguro de Vida			
04	Vivienda			
- Otros				
06	Transporte			
07	Salud			
08	Seguro			
09	Seguro			
10	Seguro de Vida			
11	Seguro de Vida			
12	Seguro de Vida			
13	Seguro de Vida			
14	Seguro de Vida			
15	Seguro de Vida			
16	Seguro de Vida			
17	Seguro de Vida			
18	Seguro de Vida			
19	Seguro de Vida			
- Otros				
21	Seguro de Vida			
22	Seguro de Vida			
23	Seguro de Vida			
24	Seguro de Vida			
25	Seguro de Vida			
26	Seguro de Vida			
27	Seguro de Vida			
28	Seguro de Vida			
29	Seguro de Vida			
30	Seguro de Vida			

ATB 1000

Nome do(a) S(a) _____

Carteira de Identidade nº _____

Não apresenta no exame clínico ou clínico-rodante, nem em exames

infecção contagiosa, de alterações visíveis de órgãos ou em exames de

função, resultado a evidência de qualquer doença infecciosa ou parasitária

transmissível, ou de qualquer outra doença que possa ser transmitida

por via aérea, ou de qualquer outra doença que possa ser transmitida

Condição de saúde que não apresenta risco de transmissão

de qualquer doença infecciosa ou parasitária

Não apresenta evidência de qualquer doença infecciosa ou parasitária

transmissível, ou de qualquer outra doença que possa ser transmitida

por via aérea, ou de qualquer outra doença que possa ser transmitida

por via aérea, ou de qualquer outra doença que possa ser transmitida

Condição de saúde que não apresenta risco de transmissão

de qualquer doença infecciosa ou parasitária

transmissível, ou de qualquer outra doença que possa ser transmitida

por via aérea, ou de qualquer outra doença que possa ser transmitida

por via aérea, ou de qualquer outra doença que possa ser transmitida

por via aérea, ou de qualquer outra doença que possa ser transmitida

por via aérea, ou de qualquer outra doença que possa ser transmitida

por via aérea, ou de qualquer outra doença que possa ser transmitida

por via aérea, ou de qualquer outra doença que possa ser transmitida

por via aérea, ou de qualquer outra doença que possa ser transmitida

por via aérea, ou de qualquer outra doença que possa ser transmitida

por via aérea, ou de qualquer outra doença que possa ser transmitida

por via aérea, ou de qualquer outra doença que possa ser transmitida

por via aérea, ou de qualquer outra doença que possa ser transmitida

por via aérea, ou de qualquer outra doença que possa ser transmitida

por via aérea, ou de qualquer outra doença que possa ser transmitida

por via aérea, ou de qualquer outra doença que possa ser transmitida

UNIDADE DE SAÚDE	_____
DATA	_____
APROVADO POR	_____