



TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

Conta origem: 0893 / 003 / 00007448-0

Conta destino: 2940 / 013 / 00005259-9

Nome destinatário: CIBELE DE OLIVEIRA RIBEIRO

Quantidade de vezes:

Valor: R\$ 1.963,00

Data de débito: 07/11/2019

Data/hora da operação: 07/11/2019 16:34:50

Código da operação: 077899

Chave de segurança: 8JGRSRLSA9SW8RSW

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

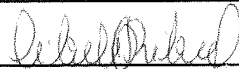
SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

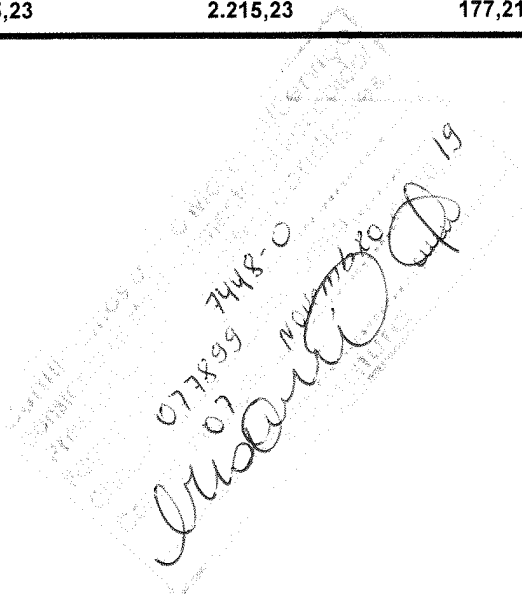
CASA DE APOIO A CRIANÇA CARENTE DE CONTAGEM

00.211.504/0001-50

Rua DAS PAINEIRAS, 1448 - Bairro ELDORADO - Contagem

Demonstrativo de Pagamento

Func.: 001821 - CIBELE DE OLIVEIRA RIBEIRO			Período: 10/2019		
Cargo: 0088 - Educador(a) Social Senior			Matrícula: 0000001821		CTPS: 9713956 / 00050
Depto.: 041 - CASA DE PASSAGEM TC 11/2018			Admissão: 02/12/2018		CPF: 528.928.406-00
Verbas	Referência	Vencimentos		Descontos	
0001 - Salário Contratual	30,00	1.911,37			
0507 - Descanso Remunerado s/ Adicional Noturno	5,00	49,01			
0510 - Arredondamento		0,09			
1038 - Adicional Noturno 20% Hr	120,00	254,85			
0214 - Seguro	1,00			4,33	
0511 - Arredondamento Mês Anterior				0,12	
0520 - Desconto INSS	9,00			199,37	
1044 - DESCONTO AUXILIO SAUDE				26,50	
2273 - Taxa Negocial Solidaria	1,00			22,00	
		Total:	2.215,32	Total:	252,32
		Valor Líquido		1.963,00	
Recebi o valor líquido, acima descrito em <u>07/11/19</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	1.826,27	



FOLHA INDIVIDUAL DE PONTO

PORTARIA 3.626/91

Funcionário : 001821 - CIBELE DE OLIVEIRA RIBEIRO
 Cargo : 0088 - Educador(a) Social Senior
 Data Admissão : 02/12/2018 Matrícula : 0000001821
 Horário : 19:00 AS 00:00 01:00 AS 07:00
 Período : 01/10/2019 a 31/10/2019
 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 - Terça-Feira			01:00	07:03	C. Cibele de Oliveira
02 - Quarta-Feira	19:01	00:00			C. Cibele de Oliveira
03 - Quinta-Feira			01:00	07:01	C. Cibele de Oliveira
04 - Sexta-Feira	19:02	00:00			C. Cibele de Oliveira
05 - Sábado			01:00	07:02	C. Cibele de Oliveira
06 - Domingo	19:00	00:00			C. Cibele de Oliveira
07 - Segunda-Feira			01:00	07:00	C. Cibele de Oliveira
08 - Terça-Feira	19:02	00:00			C. Cibele de Oliveira
09 - Quarta-Feira			01:00	07:02	C. Cibele de Oliveira
10 - Quinta-Feira	19:03	00:00			C. Cibele de Oliveira
11 - Sexta-Feira			01:00	07:01	C. Cibele de Oliveira
12 - Feriado	19:04	00:00			C. Cibele de Oliveira
13 - Domingo			01:00	07:03	C. Cibele de Oliveira
14 - Segunda-Feira	19:01	00:00			C. Cibele de Oliveira
15 - Terça-Feira			01:00	07:04	C. Cibele de Oliveira
16 - Quarta-Feira	19:00	00:00			C. Cibele de Oliveira
17 - Quinta-Feira			01:00	07:05	C. Cibele de Oliveira
18 - Sexta-Feira	19:01	00:00			C. Cibele de Oliveira
19 - Sábado			01:00	07:01	C. Cibele de Oliveira
20 - Domingo	19:02	00:00			C. Cibele de Oliveira
21 - Segunda-Feira			01:00	07:02	C. Cibele de Oliveira
22 - Terça-Feira	19:01	00:00			C. Cibele de Oliveira
23 - Quarta-Feira			01:00	07:00	C. Cibele de Oliveira
24 - Quinta-Feira	19:02	00:00			C. Cibele de Oliveira
25 - Sexta-Feira			01:00	07:01	C. Cibele de Oliveira
26 - Sábado	19:03	00:00			C. Cibele de Oliveira
27 - Domingo			01:00	07:02	C. Cibele de Oliveira
28 - Segunda-Feira					Atestado
29 - Terça-Feira	folga				Atestado
30 - Quarta-Feira					Atestado
31 - Quinta-Feira	folga				Atestado

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

ATESTADO

Paciente:

CIBELLE DE OLIVEIRA NUNES

() Atesto para os devidos fins que o/(a) paciente acima não apresentou sinais ou sintomas de doenças físicas ou mentais ao exame clínico prestado.

() Estando apto a:

() Atesto para os devidos fins que o/(a) paciente acima compareceu nesta clínica das _____ às _____ horas para consulta médica e/ou exames.

Atesto para os devidos fins que o/(a) paciente acima encontra-se impossibilitado/da de exercer suas atividades profissionais pelo período de 01 ~~10~~ dias a partir da presente data por motivos de doença.

() Atesto para os devidos fins de o/(a) Sr./a _____

acompanhou o/(a) paciente acima, nesta clínica, para consulta médica e/ou exame das _____ às _____ horas na presente data.

Obs.: Co H830

() Autorizo a inclusão do CID no atestado acima

Abel Oliveira Ribeiro

Rua Antônio Augusto, 103 – Centro – Contagem
E-mail: clinicametropolitana@tda@hotmail.com

(31) 3353 – 3602 / (31) 98866 – 3351

Carminem
28/10/14



() Autorizo a inclusão do CID no atestado acima

Abel Oliveira Ribeiro

Rua Antônio Augusto, 103 – Centro – Contagem
E-mail: clinicametropolitana@tda@hotmail.com

(31) 3353 – 3602 / (31) 98866 – 3351

Carminem
30/10/14

