



TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

Conta origem: 0893 / 003 / 00007448-0

Conta destino: 0893 / 013 / 00033357-1

Nome destinatário: FERNANDO RAIMUNDO

Quantidade de vezes:

Valor: R\$ 1.850,00

Data de débito: 09/05/2019

Data/hora da operação: 09/05/2019 12:04:47

Código da operação: 085133

Chave de segurança: CSN1493WR2A2S1PV

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

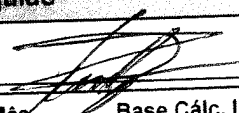
Rua DAS PAINEIRAS, 1448 - Bairro ELDORADO - Contagem

Demonstrativo de Pagamento

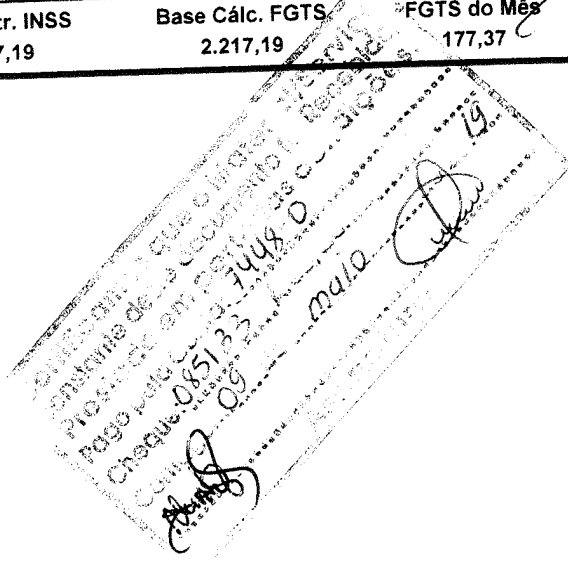
Func.: 001825 - FERNANDO RAIMUNDO		Matrícula: 0000001825	Período: 04/2019
Cargo: 0088 - Educador(a) Social Senior		Admissão: 02/12/2018	CTPS: 4285905 / 00040
Depto.: 041 - CASA DE PASSAGEM TC 11/2018			CPF: 932.642.756-00

Verbas	Referência	Vencimentos	Descontos
0001 - Salário Contratual	30,00	1.911,37	
0507 - Descanso Remunerado s/ Adicional Noturno	5,00	50,97	
0510 - Arredondamento		0,93	
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			0,57
0520 - Desconto INSS	9,00		199,54
1017 - Mensalidade Social	1,00		22,50
1044 - DESCONTO AUXILIO SAUDE	1,00		26,50
		Total: 2.218,12	Total: 368,12
		Valor Líquido 1.850,00	

Não te vingaras, nem guardaras ira contra os filhos do teu povo; mas amaras o teu proximo como a ti mesmo.

Recebi o valor líquido, acima descrito em 09/05/19 Assinatura: 

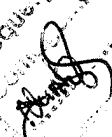
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	FGTS do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.911,37	2.217,19	2.217,19	177,37	1.828,06	



 Recebido em Contagem, 09 de Maio de 2019.

 Cheque nº 085133-7448-0

 Valor: R\$ 1.850,00

 Assinatura: 

FOLHA INDIVIDUAL DE PONTO

PORTARIA 3.626/91

Funcionário : 001825 - FERNANDO RAIMUNDO
 Cargo : 0088 - Educador(a) Social Senior
 Data Admissão : 02/12/2018 Matrícula : 0000001825
 Horário : 19:00 AS 00:00 01:00 AS 07:00
 Período : 01/04/2019 a 30/04/2019
 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 - Segunda-Feira	18:59				
02 - Terça-Feira		07:00	02:00	07:00	
03 - Quarta-Feira	18:57				
04 - Quinta-Feira		07:00	02:00	07:00	
05 - Sexta-Feira	18:58				
- Sábado		07:00	02:00	07:00	
07 - Domingo	18:59				
08 - Segunda-Feira		07:00	02:00	07:00	
09 - Terça-Feira	18:57				
10 - Quarta-Feira		07:00	02:00	07:00	
11 - Quinta-Feira	18:59				
12 - Sexta-Feira		07:00	02:00	07:00	
13 - Sábado	18:57				
14 - Domingo		07:00	02:00	07:00	
15 - Segunda-Feira	18:59				
16 - Terça-Feira		07:00	02:00	07:00	
17 - Quarta-Feira	18:57				
18 - Quinta-Feira		07:00	02:00	07:00	
19 - Feriado	18:59				
20 - Sábado		07:00	02:00	07:00	
1 - Feriado	18:57				
22 - Segunda-Feira		07:00	02:00	07:00	
23 - Terça-Feira	18:59				
24 - Quarta-Feira		07:00	02:00	07:00	
25 - Quinta-Feira					
26 - Sexta-Feira					
27 - Sábado					
28 - Domingo					
29 - Segunda-Feira					
30 - Terça-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



ATESTADO PARA ABONO DE FALTA(S) AO TRABALHO

FUNDAMENTAÇÃO LEGAL DESTE ATESTADO:

Este atestado visa atender o que determina o Artigo 75 do Decreto No 3.048/99, que Aprova o Regulamento da Previdência Social, podendo ser emitido somente por médico (conforme estabelecem a Lei N° 605/49 e a Resolução CFM N° 1.851/08) ou cirurgião-dentista (conforme estabelecem a Lei N° 5.081/66 e a Resolução CFO N° 87/09), bem como as leis similares dos regimes estatutários dos servidores públicos e será expedido para justificar o afastamento do trabalho de 1 a 15 dias. Quando a incapacidade ultrapassar quinze dias consecutivos o paciente deverá ser encaminhado à instituição da previdência social a que estiver filiado.

Unidade de Saúde: C.S. CONFISCO

Atesto que Fernando Raimundo, CNS nº 700800473832884 e Carteira de Identidade nº 5890301, necessita permanecer afastado(a) do trabalho por 3 (tres dias), a partir de 29/04/2019 por motivo de doença, conforme por mim registrado em seu prontuário.

CID-10: A90

A90 Dengue (dengue clássico)

Belo Horizonte, 29 de abril de 2019

Dr(a) FABIO DE SOUZA NETO
CRM-MG: 36302 / CNS: 209578138930006



AUTORIZAÇÃO

Autorizo o(a) Dr(a) FABIO DE SOUZA NETO a registrar o diagnóstico por extenso e/ou codificado pelo CID-10 neste atestado para abono de falta(s) ao trabalho.

Assinatura do Paciente ou Responsável

Data de atendimento: 29/04/2019

Data de impressão: 29/04/2019 - 11:10

Impresso por: FABIO DE SOUZA NETO



ATESTADO PARA ABONO DE FALTA(S) AO TRABALHO

FUNDAMENTAÇÃO LEGAL DESTE ATESTADO:

Estê atestado visa atender o que determina o Artigo 75 do Decreto No 3.048/99, que Aprova o Regulamento da Previdência Social, podendo ser emitido somente por médico (conforme estabelecem a Lei Nº 605/49 e a Resolução CFM Nº 1.851/08) ou cirurgião-dentista (conforme estabelecem a Lei Nº 5.081/66 e a Resolução CFO Nº 87/09), bem como as leis similares dos regimes estatutários dos servidores públicos e será expedido para justificar o afastamento do trabalho de 1 a 15 dias. Quando a incapacidade ultrapassar quinze dias consecutivos o paciente deverá ser encaminhado à instituição da previdência social a que estiver filiado.

Unidade de Saúde: C.S. CONFISCO

Atesto que Fernando Raimundo, CNS nº 700800473832884 e Carteira de Identidade nº 5890301, necessita permanecer afastado(a) do trabalho por 3 (tres dias), a partir de 25/04/2019 por motivo de doença, conforme por mim registrado em seu prontuário.

CID-10: A90

A90 Dengue (dengue clássico)

Belo Horizonte, 25 de abril de 2019

Dr(a) MELISSA LIMA SOUTO
CRM-MG: 45625 / CNS: 980016281343684

AUTORIZAÇÃO

Autorizo o(a) Dr(a) MELISSA LIMA SOUTO a registrar o diagnóstico por extenso e/ou codificado pelo CID-10 neste atestado para abono de falta(s) ao trabalho.

Assinatura do Paciente ou Responsável

Data de atendimento: 25/04/2019

Data de impressão: 25/04/2019 - 15:59

Impresso por: MELISSA LIMA SOUTO