



TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

Conta origem: 0893 / 003 / 00000223-3

Conta destino: 0893 / 013 / 00094665-4

Nome destinatário: IRENE ALVES FERNANDES SILVA

Quantidade de vezes:

Valor: R\$ 1.000,00

Data de débito: 18/07/2019

Data/hora da operação: 18/07/2019 15:04:43

Código da operação: 111957

Chave de segurança: 0K5TPULZ5CCYF4TS

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.: 001862 - IRENE ALVES FERNANDES SILVA

Cargo: 0026 - Auxiliar de Cozinha

Período: 06/2019

Depto.: 013 - COLEGIO BATISTA

Matrícula: 0000001862

CTPS: 0031258 / 00159

Admissão: 01/02/2019

CPF: 932.612.176-34

Verbas	Referência	Vencimentos	Descontos
0001 - Salário Contratual	30,00	1.055,60	
0500 - Salário Família	1,00	32,80	
0510 - Arredondamento		0,85	
0214 - Seguro	1,00		4,33
0511 - Arredondamento Mês Anterior			0,48
0520 - Desconto INSS	8,00		84,44
Total:		1.089,25	Total: 89,25
		Valor Líquido	1.000,00

Recebi o valor líquido, acima descrito em 18/07/19

Assinatura: Irene Alves Fernandes Silva

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	FGTS do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.055,60	1.055,60	1.055,60	84,44	402,39	

Certificamos que o
 constante em este documento foi recebido
 Presença de: 919.743
 223-3
 14957
 18
 Qual
 19
 19.06.744

FOLHA INDIVIDUAL DE PONTO

PORTARIA 3.626/91

Funcionário : 001862 - IRENE ALVES FERNANDES SILVA
 Cargo : 0026 - Auxiliar de Cozinha
 Data Admissão : 01/02/2019 Matrícula : 0000001862
 Horário : 07:00 as 11:30 12:30 as 17:00
 Período : 01/06/2019 a 30/06/2019
 Departamento : 013 - COLEGIO BATISTA
 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				HORA EXTRA		ASSINATURA
	ENTRADA	SAÍDA	ENTRADA	SAÍDA	ENTRADA	SAÍDA	
01 - Sábado	SÁBADO						SÁBADO
02 - Domingo	DOMINGO						DOMINGO
03 - Segunda-Feira	8:30	12:30	13:30	17:30			IAS
04 - Terça-Feira	8:30	12:30	13:30	17:30			IAS
05 - Quarta-Feira	8:30	12:30	13:30	17:30			IAS
06 - Quinta-Feira	8:30	12:30	13:30	17:30			IAS
07 - Sexta-Feira	8:30	12:30	13:30	17:30			IAS
08 - Sábado	SÁBADO						SÁBADO
09 - Domingo	DOMINGO						DOMINGO
10 - Segunda-Feira	8:30	12:30	13:30	17:30			IAS
11 - Terça-Feira	8:30	12:30	13:30	17:30			IAS
12 - Quarta-Feira	8:30	12:30	13:30	17:30			IAS
13 - Quinta-Feira	8:30	12:30	13:30	17:30			IAS
14 - Sexta-Feira	8:30	12:30	13:30	17:30			IAS
15 - Sábado	SÁBADO						SÁBADO
16 - Domingo	DOMINGO						DOMINGO
17 - Segunda-Feira	8:30	12:30	13:30	17:30			IAS
18 - Terça-Feira	ATESTADO						
19 - Quarta-Feira	ATESTADO						
20 - Feriado	FERIADO						FERIADO
21 - Sexta-Feira	Recesso						Recesso
22 - Sábado	SÁBADO						SÁBADO
23 - Domingo	DOMINGO						DOMINGO
24 - Segunda-Feira	8:30	12:30	13:30	17:30			IAS
25 - Terça-Feira	8:30	12:30	13:30	17:30			IAS
26 - Quarta-Feira	8:30	12:30	13:30	17:30			IAS
27 - Quinta-Feira	8:30	12:30	13:30	17:30			IAS
28 - Sexta-Feira	10:00	18		18:00			IAS
29 - Sábado	SÁBADO						SÁBADO
30 - Domingo	DOMINGO						DOMINGO

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



Handwritten signature



Atesto que o(a) Sr(a) Irene Alis Fernandes

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 válido como exame admissional, demissional ou periódico para fins de legislação a saúde do trabalhador vide portaria nº 24 de 29/12/94 do Ministério do Trabalho).

Compareceu nesta data para consulta / exame, tendo permanecido na unidade no período de _____ às _____ horas.

Necessita permanecer afastado do trabalho por 2 (dois) dias, a partir de 18 / 6 / 19 por motivo de doença CID. _____ (a pedido do paciente). (Este atestado é válido p/ 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 dispositivo no inciso XVII, art. 7º, capítulo II, título II da Constituição Federal de 05/10/88. (Licença - Maternidade).

OBS.: Este Atestado perderá o valor em caso de rasura e de preenchimento de mais de um campo.

UNIDADE DE SAÚDE

DATA
18/6/19

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL
Souza Reis Ribeiro
MÉDICA
CRM MG 76175
Control. 5453330

