



TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

Conta origem: 0893 / 003 / 00000223-3

Conta destino: 1529 / 013 / 00062350-5

Nome destinatário: ANA CLAUDIA VIANA PACHECO

Quantidade de vezes:

Valor: R\$ 882,00

Data de débito: 06/08/2019

Data/hora da operação: 06/08/2019 13:51:00

Código da operação: 047971

Chave de segurança: JN7LK00NHR5433PU

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.: 001852 - ANA CLAUDIA VIANA PACHECO		Período: 07/2019	
Cargo: 0018 - Auxiliar de Serviços Gerais		Matrícula: 0000001852	CTPS: 4472940 / 00060
Depto.: 013 - COLEGIO BATISTA		Admissão: 01/02/2019	CPF: 875.090.246-68
Verbas	Referência	Vencimentos	Descontos
0001 - Salário Contratual	30,00	1.061,03	
0510 - Arredondamento		0,38	
0094 - Vale Transporte	1,00		63,66
0214 - Seguro	1,00		4,33
0511 - Arredondamento Mês Anterior			0,04
0520 - Desconto INSS	8,00		84,88
1044 - DESCONTO AUXILIO SAUDE			26,50
		Total:	Total:
		1.061,41	179,41
		Valor Líquido	882,00

Recebi o valor líquido, acima descrito em 06/08/19 Assinatura: Ana Claudia V. Pacheco

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	FGTS do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.061,03	1.061,03	1.061,03	84,88	786,56	

Certificamos que o Material/Serviço constante deste documento foi Recebido/ Prestado em perfeitas condições.

Pago pela Co. 333

Cheque 47971 Área/Centro 06 de 06 de Agosto de 2019

[Assinatura]

1616919.743 Assinatura [Assinatura]



FOLHA INDIVIDUAL DE PONTO

PORTARIA 3.626/91

Funcionário : 001852 - ANA CLAUDIA VIANA PACHECO
 Cargo : 0018 - Auxiliar de Servicos Gerais
 Data Admissão : 01/02/2019 Matrícula : 0000001852
 Horário : 07:00 as 12:00 13:00 as 16:00
 Período : 01/07/2019 a 31/07/2019
 Departamento : 013 - COLEGIO BATISTA
 Centro de Custo :

00.211.504/0001-50
 CASA DE APOIO A CRIANCA CARENTE DE CONTAGEM
 Rua DAS PAINEIRAS 1448
 ELDORADO - 32310400
 Contagem - MG

DIA	INTERVALO				HORA EXTRA		ASSINATURA
	ENTRADA	SAÍDA	ENTRADA	SAÍDA	ENTRADA	SAÍDA	
01 - Segunda-Feira	07:00	12:00	13:00	16:00			Ana Claudia V.P.
02 - Terça-Feira	07:00	12:00	13:00	16:00			Ana Claudia V.P.
03 - Quarta-Feira	07:00	12:00	13:00	16:00			Ana Claudia V.P.
04 - Quinta-Feira	07:00	12:00	13:00	16:00			Ana Claudia V.P.
05 - Sexta-Feira	07:00	12:00	13:00	16:00			Ana Claudia V.P.
06 - Sábado	—	—	—	—	—	—	—
07 - Domingo	—	—	—	—	—	—	—
08 - Segunda-Feira	07:00	12:00	13:00	16:00			Ana Claudia V.P.
09 - Terça-Feira	07:00	12:00	13:00	16:00			Ana Claudia V.P.
10 - Quarta-Feira	07:00	12:00	13:00	16:00			Ana Claudia V.P.
11 - Quinta-Feira	07:00	12:00	13:00	16:00			Ana Claudia V.P.
12 - Sexta-Feira	07:00	12:00	13:00	16:00			Ana Claudia V.P.
13 - Sábado	—	—	—	—	—	—	—
14 - Domingo	—	—	—	—	—	—	—
15 - Segunda-Feira	07:00	12:00	13:00	16:00			Ana Claudia V.P.
16 - Terça-Feira	07:00	12:00	13:00	16:00			Ana Claudia V.P.
17 - Quarta-Feira	07:00	12:00	13:00	16:00			Ana Claudia V.P.
18 - Quinta-Feira	07:00	12:00	13:00	16:00			Ana Claudia V.P.
19 - Sexta-Feira	07:00	12:00	13:00	16:00			Ana Claudia V.P.
20 - Sábado	—	—	—	—	—	—	—
21 - Domingo	—	—	—	—	—	—	—
22 - Segunda-Feira	07:00	12:00	13:00	16:00			Ana Claudia V.P.
23 - Terça-Feira	07:00	12:00	13:00	16:00			Ana Claudia V.P.
24 - Quarta-Feira	07:00	12:00	13:00	16:00			Ana Claudia V.P.
25 - Quinta-Feira	07:00	12:00	13:00	16:00			Ana Claudia V.P.
26 - Sexta-Feira	07:00	12:00	13:00	16:00			Ana Claudia V.P.
27 - Sábado	—	—	—	—	—	—	—
28 - Domingo	—	—	—	—	—	—	—
29 - Segunda-Feira		Absent					
30 - Terça-Feira		Absent					
31 - Quarta-Feira		Absent					

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





Prefeitura Municipal de Contagem
Secretaria Municipal de Saúde
ATESTADO



Atesto que o(a) Sr(a) Ana Mariana Viana Pacheco

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 evidenciam sinais de déficit ou doença neuro-psiquiátrica. (Este atestado não é válido como exame admissional, demissional ou periódico para a legislação de saúde do trabalhador via 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 15 (quinze) dias, a partir de 29/07/19 por motivo de doença CID. M51.1 (a pedido do paciente). (Este atestado é válido p/ finalidades previstas no art. 143§ 1º do Decreto 2172 de 05/03/97, e Resolução CPM 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

29/10/19

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

Dra. Priscila Silva Toledo
C.R.M. nº 74730
R.O. nº 1016571

SMS-A11

