



TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

Conta origem: 0893 / 003 / 00000223-3	Conta destino: 1529 / 013 / 00015495-5
Nome destinatário: LUDMILA ENAILE FERREIRA SOUZA	Valor: R\$ 1.577,00
Data de débito: 06/08/2019	Data/hora da operação: 06/08/2019 13:51:00
Código da operação: 047973	Chave de segurança: XM7TQAKSRCF1MG9L

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 CRIANCA CARENTE DE CONTAGEM

00.211.504/0001-50

Rua DAS PAINEIRAS, 1448 - Bairro ELDORADO - Contagem

Demonstrativo de Pagamento

Func.: 001865 - LUDMILA ENAILE FERREIRA SOUZA HUNGRIA

Período: 07/2019

Cargo: 0064 - Professor de nível médio na educação infantil

Matrícula: 0000001865

CTPS: 0076990 / 00137

Depto.: 013 - COLEGIO BATISTA

Admissão: 01/02/2019

CPF: 092.742.686-29

Verbas

Referência

Vencimentos

Descontos

0001 - Salário Contratual

0510 - Arredondamento

0214 - Seguro

0511 - Arredondamento Mês Anterior

0520 - Desconto INSS

1044 - DESCONTO AUXILIO SAUDE

9,00

1,00

30,00

1.766,94

0,46

4,33

0,55

159,02

26,50

Total:

1.767,40

Total:

190,40

Valor Líquido

1.577,00

Recebi o valor líquido, acima descrito em

06/08/19

Assinatura:

Ludmila Enaile Ferreira Souza

Salário Base

1.766,94

Sal. Contr. INSS

1.766,94

Base Cálc. FGTS

1.766,94

FGTS do Mês

141,35

Base Cálc. IRRF

1.418,33

Faixa IRRF

Certificamos que o material/serviço constante deste documento foi recebido/prestado em partes nas condições. 4/33
 Pago pela Conta: 47933
 Cheque: 47933
 Contagem de 2019
 Assinatura: Ludmila Enaile Ferreira Souza
 Assinatura: 06/08/19
 Assinatura: 06/08/19

FOLHA INDIVIDUAL DE PONTO

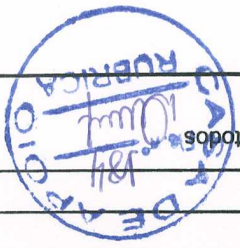
PORTARIA 3.626/91

Funcionário : 001865 - LUDMILA ENAILE FERREIRA SOUZA
 Cargo : 0064 - Professor de nível médio na educação I
 Data Admissão : 01/02/2019 Matrícula : 0000001865
 Horário : 07:00 as 11:30 12:30 as 17:00
 Período : 01/07/2019 a 31/07/2019
 Departamento : 013 - COLEGIO BATISTA
 Centro de Custo :

00.211.504/0001-50
 CASA DE APOIO A CRIANÇA CARENTE DE CONTAGEM
 Rua DAS PAINEIRAS 1448
 ELDO RADO - 32310400
 Contagem - MG

DIA	INTERVALO			HORA EXTRA
	ENTRADA	SAIDA	ENTRADA	
01 - Segunda-Feira	07:00	11:30	12:30	
02 - Terça-Feira	07:00	11:30	12:30	
03 - Quarta-Feira	07:00	11:30	12:30	
04 - Quinta-Feira	07:00	11:30	12:30	
05 - Sexta-Feira	07:00	11:30	12:30	
06 - Sábado	SABADO			
07 - Domingo	DOMINGO			
08 - Segunda-Feira	10:25	11:30	12:30	
09 - Terça-Feira	07:00	11:30	12:30	
10 - Quarta-Feira	07:00	11:30	12:30	
11 - Quinta-Feira	07:00	11:30	12:30	
12 - Sexta-Feira	07:00	11:30	12:30	
13 - Sábado	SABADO			
14 - Domingo	DOMINGO			
15 - Segunda-Feira				
16 - Terça-Feira				
17 - Quarta-Feira				
18 - Quinta-Feira				
19 - Sexta-Feira				
20 - Sábado	SABADO			
21 - Domingo	DOMINGO			
22 - Segunda-Feira				
23 - Terça-Feira				
24 - Quarta-Feira				
25 - Quinta-Feira				
26 - Sexta-Feira				
27 - Sábado	SABADO			
28 - Domingo	DOMINGO			
29 - Segunda-Feira				
30 - Terça-Feira				
31 - Quarta-Feira				

De conformidade com a Portaria MTR 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 or mark at the top left of the page.



ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL DATA: 08/03/2015	
UNIDADE DE SAÚDE: <u>Actino A</u>	
OBS.: Este Atestado perderá o valor em caso de rasura e de preenchimento de mais de um campo	
Conforme o dispositivo no inciso XVII, art. 7º, capítulo II, título II da Constituição Federal de 05/10/88. (Licença - Maternidade). Deverá afastar-se do trabalho no período de _____ () dias, a partir de _____ / _____ / _____ () dias, a partir de _____ / _____ / _____ () dias. trabalho de 1 a 15 dias). 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 a partir de _____ / _____ / _____ por motivo de doença CID _____ (a pedido do paciente). <input type="checkbox"/> Necessita permanecer afastado do trabalho por _____ () dias. <input checked="" type="checkbox"/> Compareceu nesta data para consulta / exame, tendo permanecido na unidade no período de <u>07</u> às <u>10</u> horas. do Ministério do Trabalho). ou periódico para fins de legislação a saúde do trabalhador vide Portaria nº 24 de 29/12/94 neuro-psiquiátrica. (Este atestado não é válido como exame admissional, demissional de conformação física. Durante a entrevista não evidenciou sinais de déficit ou doença de doenças infecto-contagiosas, de alterações evidentes de órgãos dos sentidos ou vícios Nao apresenta ao exame clínico de rotina realizado nesta data sinais de <input type="checkbox"/> e Carteira de Identidade nº _____ portador da Carteira Profissional nº _____ Atesto que o(a) Sr(a) <u>Juliana Elaine Ferreira</u>	



Prefeitura Municipal de Contagem
 Secretaria Municipal de Saúde
 ATESTADO

