

**TEV Enviada**

Via Internet Banking CAIXA

Conta origem: 0893 / 003 / 00000223-3**Conta destino:** 0893 / 001 / 00026480-0**Nome destinatário:** ANA CLAUDIA VIANA**Quantidade de vezes:****Valor:** R\$ 874,00**Data de débito:** 08/05/2018**Data/hora da operação:** 08/05/2018 18:40:33**Código da operação:** 888156**Chave de segurança:** 47HL3YUUM7UMNF40

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.: 001780 - ANA CLAUDIA VIANA PACHECO		Período: 03/2018
Cargo: 0018 - Auxiliar de Serviços Gerais	Matrícula: 0000001780	CTPS: 1718229 / 00050
Depto.: 013 - COLEGIO BATISTA	Admissão: 15/02/2018	CPF: 875.090.246-68

0001 - Salário Contratual	30,00	1.020,22	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>Certificamos que o Material/Serviço constante deste documento foi Recebido/Prestado em perfeitas condições.</p> <p>Pago pela Conta: 223-3 61,21</p> <p>Cheque: 888,56 Área/Conta 0,13</p> <p>Contagem, 07 de Maio de 2018 85,61</p> <p>Assinatura: <i>[Assinatura]</i></p> <p>CPF: 919.743</p> </div>
0510 - Arredondamento		0,88	
0094 - Vale Transporte	1,00		
0214 - Seguro	1,00		
0511 - Arredondamento Mês Anterior			
0520 - Desconto INSS	8,00		

Tu conservarás em paz aquele cuja mente está firme em ti; porque ele confia em ti. Isaias 26:3

Recebi o valor líquido, acima descrito em 08/05/18 Assinatura: *Ana Claudia Viana Pacheco*

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	FGTS do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.020,22	1.020,22	1.020,22	81,61	749,02	

DIA	INTERVALO				ASSINATURA
	ENTRADA	SAÍDA	ENTRADA	SAÍDA	
01 - Segunda-Feira					
02 - Segunda-Feira	07:00	12:00	13:00	16:00	
03 - Sábado					
04 - Domingo					
05 - Segunda-Feira	07:00	12:00	13:00	16:00	
06 - Terça-Feira	07:00	12:00	13:00	16:00	
07 - Quarta-Feira	07:00	12:00	13:00	16:00	
08 - Quinta-Feira	07:00	12:00	13:00	16:00	
09 - Sexta-Feira	07:00	12:00	13:00	16:00	
10 - Sábado					
11 - Domingo					
12 - Segunda-Feira					
13 - Terça-Feira					
14 - Quarta-Feira					
15 - Quinta-Feira					
16 - Sexta-Feira					
17 - Sábado					
18 - Domingo					
19 - Segunda-Feira	07:00	12:00	13:00	16:00	
20 - Terça-Feira	07:00	12:00	13:00	16:00	
21 - Quarta-Feira	07:00	12:00	13:00	16:00	
22 - Quinta-Feira	07:00	12:00	13:00	16:00	
23 - Sexta-Feira					
24 - Sábado					
25 - Domingo					

47



Atesto que o(a) Sr(a) Ana Claudia Liana 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 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 5 (cinco) dias, a partir de 12/03/18 por motivo de doença CID. H10.3 (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	ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL		
<u>12.03.18</u>	 		

SMS-A11