



TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

Conta origem: 0893 / 003 / 00000223-3

Conta destino: 0893 / 013 / 00070543-6

Nome destinatário: FELIPE P DA SILVA

Quantidade de vezes:

Valor: R\$ 1.064,00

Data de débito: 07/12/2018

Data/hora da operação: 07/12/2018 07:26:05

Código da operação: 008640

Chave de segurança: YC6VW4ACG7GG828R

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.: 001775 - FELIPE PROCOPIO DA SILVA		Período: 11/2018
Cargo: 0052 - Vigia	Matrícula: 0000001775	CTPS: 2309975 / 00040
Depto.: 013 - COLEGIO BATISTA	Admissão: 05/02/2018	CPF: 101.637.366-00

Verbas	Referência	Vencimentos	Descontos
0001 - Salário Contratual	30,00	1.015,00	
0500 - Salário Família	2,00	63,42	
0507 - Descanso Remunerado s/ Adicional Noturno	6,00	33,83	
0510 - Arredondamento		0,35	
1038 - Adicional Noturno 20% Hr	120,00	135,33	
0214 - Seguro	1,00		4,15
0511 - Arredondamento Mês Anterior			0,36
0520 - Desconto INSS	8,00		94,73
1097 - Desconto Adicional Noturno Pago Indevidamente	1,00		84,69
		Total: 1.247,93	Total: 183,93
17 Em todo o tempo ama o amigo; e na angústia nasce o irmão. Provérbios 17.17		Valor Líquido 1.064,00	

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

Pago pela Conta: 228-3 94,73

Cheque: 8640 Área/Conta 84,69

Contagem, 07 de Dezembro de 2018

MC.16.919.742 Assinatura RG 105674118

Recebi o valor líquido, acima descrito em 07/12/18 Assinatura:

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	FGTS do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.015,00	1.184,16	1.184,16	94,73	520,66	



FOLHA INDIVIDUAL DE PONTO

PORTARIA 3.626/91

Funcionário : 001775 - FELIPE PROCOPIO DA SILVA
 Cargo : 0052 - Vigia
 Data Admissão : 05/02/2018 Matrícula : 0000001775
 Horário : 19:00 AS 00:00 01:00 AS 07:00
 Período : 01/11/2018 a 30/11/2018
 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				ASSINATURA
	ENTRADA	SAÍDA	ENTRADA	SAÍDA	
01 - Quinta-Feira	19:00	00:00			
02 - Feriado			01:00	07:00	
03 - Sábado	19:00	00:00			
04 - Domingo			01:00	07:00	
05 - Segunda-Feira	19:00	00:00			
06 - Terça-Feira			01:00	07:00	
07 - Quarta-Feira	19:00	00:00			
08 - Quinta-Feira			01:00	07:00	
09 - Sexta-Feira	19:00	00:00			
10 - Sábado			01:00	07:00	
11 - Domingo	19:00	00:00			
12 - Segunda-Feira			01:00	07:00	
13 - Terça-Feira	19:00	00:00			
14 - Quarta-Feira			01:00	07:00	
15 - Feriado	19:00	00:00			
16 - Sexta-Feira			01:00	07:00	
17 - Sábado	19:00	00:00			
18 - Domingo			01:00	07:00	
19 - Segunda-Feira					
20 - Terça-Feira					
21 - Quarta-Feira					
22 - Quinta-Feira					
23 - Sexta-Feira					
24 - Sábado					
25 - Domingo	19:00	00:00			
26 - Segunda-Feira			01:00	07:00	
27 - Terça-Feira	19:00	00:00			
28 - Quarta-Feira			01:00	07:00	
29 - Quinta-Feira	19:00	00:00			
30 - Sexta-Feira			01:00	07:00	

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) Felipe Paschoa da Silva 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 neuropsiquiátrica. (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 19 / 11 / 18 por motivo de doença CID. _____ (a pedido do paciente). (Este atestado é válido para 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

19/11/18

