



TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

Conta origem: 0893 / 003 / 00000223-3

Conta destino: 0893 / 001 / 00030784-4

Nome destinatário: MARIA APARECIDA DE S OLIVEIRA

Quantidade de vezes:

Valor: R\$ 835,00

Data de débito: 06/07/2018

Data/hora da operação: 06/07/2018 18:07:24

Código da operação: 990090

Chave de segurança: EMVRQ9J9N4JASWW4

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.: 001777 - MARIA APARECIDA DE SOUZA OLIVEIRA

Cargo: 0018 - Auxiliar de Servicos Gerais

Depto.: 013 - COLEGIO BATISTA

Matricula: 0000001777

Periodo: 06/2018

Admissão: 05/02/2018

CTPS: 9932351 / 00030

CPF: 417.990.036-04

Verbas	Referência	Vencimentos	Descontos
0001 - Salário Contratual	30,00	1.020,22	
0510 - Arredondamento		0,86	
0094 - Vale Transporte			
0214 - Seguro	1,00		
0511 - Arredondamento Mês Anterior	1,00		
0520 - Desconto INSS			61,21
0615 - Plano Odontológico	8,00		4,15
1044 - DESCONTO AUXILIO SAUDE	1,00		0,51
	1,00		81,61
			14,10
			24,50
		Total:	186,08
		Valor Líquido	835,00

Certificamos que o Material/Serviço constante deste documento foi Recebido/Prestado em perfeitas condições.
 Pago pela Conta: 223,3
 Cheque: 990000 Rec/Conta
 Contagem, 06 de Junho de 2018
 Assinatura: *[Assinatura]*
 Matr. 9117

BEM-AVENTURADO e aquele que atende ao pobre, o SENHOR o livrara no dia do mal. SL 41 Vers 1

Recebi o valor líquido, acima descrito em 06/06/18 Assinatura: *[Assinatura]*

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	938,61	

FOLHA INDIVIDUAL DE PONTO

PORTARIA 3.626/91

Funcionário : 001777 - MARIA APARECIDA DE SOUZA OLIVEIRA
 Cargo : 0018 - Auxiliar de Servicos Gerais
 Data Admissão : 05/02/2018 Matrícula : 0000001777
 Horário : 08:30 AS 12:00 13:00 AS 17:30
 Período : 01/06/2018 a 30/06/2018
 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				ASSINATURA
	ENTRADA	SAÍDA	ENTRADA	SAÍDA	
01 - Sexta-Feira	Feriado				Feriado
02 - Sábado	SÁBADO				SÁBADO
03 - Domingo	DOMINGO				DOMINGO
04 - Segunda-Feira	8:30	12:30	13:30	17:30	Maria Aparecida de Souza
05 - Terça-Feira	8:30	12:30	13:30	17:30	Maria Aparecida de Souza
06 - Quarta-Feira	8:30	12:30	13:30	17:30	Maria Aparecida de Souza
07 - Quinta-Feira	8:30	12:30	13:30	17:30	Maria Aparecida de Souza
08 - Sexta-Feira	8:30	12:30	13:30	17:30	Maria Aparecida de Souza
09 - Sábado	SÁBADO				SÁBADO
10 - Domingo	DOMINGO				DOMINGO
11 - Segunda-Feira	8:30	12:30	13:30	17:30	Maria Aparecida de Souza
12 - Terça-Feira	8:30	12:30	13:30	17:30	Maria Aparecida de Souza
13 - Quarta-Feira	8:30	12:30	13:30	17:30	Maria Aparecida de Souza
14 - Quinta-Feira	8:30	12:30	13:30	17:30	Maria Aparecida de Souza
15 - Sexta-Feira	8:30	12:30	13:30	17:30	Maria Aparecida de Souza
16 - Sábado	SÁBADO				SÁBADO
17 - Domingo	DOMINGO				DOMINGO
18 - Segunda-Feira	8:30	12:30	13:30	17:30	Maria Aparecida de Souza
19 - Terça-Feira	8:30	12:30	13:30	17:30	Maria Aparecida de Souza
20 - Quarta-Feira	8:30	12:30	13:30	17:30	Maria Aparecida de Souza
21 - Quinta-Feira	8:30	12:30	13:30	17:30	Maria Aparecida de Souza
22 - Sexta-Feira	8:30	12:30	13:30	17:30	Maria Aparecida de Souza
23 - Sábado	SÁBADO				SÁBADO
24 - Domingo	DOMINGO				DOMINGO
25 - Segunda-Feira	8:30	12:30	13:30	17:30	Maria Aparecida de Souza
26 - Terça-Feira	8:30	12:30	13:30	17:30	Maria Aparecida de Souza
27 - Quarta-Feira	8:30	9:30	13:00	-	Maria Aparecida de Souza
28 - Quinta-Feira	8:30	12:30	13:30	17:30	Maria Aparecida de Souza
29 - Sexta-Feira	8:30	12:30	13:30	17:30	Maria Aparecida de Souza
30 - Sábado	SÁBADO				SÁBADO

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



C: 13h

Atesto que o(a) Sr(a) Maria Aparecida de S. Oliveira
portador da Carteira Profissional nº _____

e Carteira de Identidade nº MG 2.137.551

Não apresenta ao exame clínico de rotina realizada 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 10:50 às 11:00 horas.

Necessita permanecer afastado do trabalho por _____ (_____) dias, a partir de ____/____/____ 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

CCEIRIA DINIZ

DATA

27/06/2018

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

SMS-A11





Prefeitura Municipal de Contagem
Secretaria Municipal de Saúde
ATESTADO

C: 13h



Atesto que o(a) Sr(a) Maria Aparecida de S. Oliveira

portador da Carteira Profissional nº _____

e Carteira de Identidade nº MG 2.137.551

Não apresenta ao exame clínico de rotina realizada 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 10:50 às 11:00 horas.

Necessita permanecer afastado do trabalho por _____ (_____) dias, a partir de ____/____/____ 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

CCE IRIA DINIZ

DATA

27/06/2018

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

SMS-A11

