



TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

Conta origem: 0893 / 003 / 00000223-3

Conta destino: 1529 / 013 / 00063156-7

Nome destinatário: SORAIA CRUZ MIRANDA LIMA

Quantidade de vezes:

Valor: R\$ 935,00

Data de débito: 10/05/2018

Data/hora da operação: 10/05/2018 17:58:30

Código da operação: 701413

Chave de segurança: M2LLJPKP5LR2J8CH

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

265

CASA DE APOIO A CRIANÇA CARENTE DE CONTAGEM

00.211.504/0001-50

Rua DAS PAINEIRAS, 1448 - Bairro ELDORADO - Contagem

Demonstrativo de Pagamento

Func.: 001778 - SORAIA CRUZ MIRANDA LIMA

Cargo: 0018 - Auxiliar de Servicos Gerais

Periodo: 04/2018

Depto.: 013 - COLEGIO BATISTA

Matrícula: 0000001778

CTPS: 0031680 / 00159

Admissão: 05/02/2018

CPF: 936.644.786-49

Verbas	Referência	Vencimentos	Descontos
0001 - Salário Contratual	30,00	1.020,22	
0510 - Arredondamento		-0,55	
0214 - Seguro			4,15
0511 - Arredondamento Mês Anterior	1,00		0,01
0520 - Desconto INSS	8,00		81,61

Certificamos que o material/serviço constante deste documento foi recebido/prestado em perfeitas condições.
 Pago pela Conta:
 Cheque: 901413 Arec/Conta
 Com data de de Maio de 2018
 Assinatura:
 Matr. 919.713

Louvai ao Senhor, porque ele e bom, porque a sua benignidade dura para sempre. Salmo 118 Vr 1

Total: 1.020,77 **Total:** 85,77
Valor Líquido 935,00

Recebi o valor líquido, acima descrito em 10/05/18 Assinatura: Soraia Cruz Miranda Lima

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	559,43	

266

FOLHA INDIVIDUAL DE PONTO

PORTARIA 3.626/91

Funcionário : 001778 - SORAIA CRUZ MIRANDA LIMA
 Cargo : 0018 - Auxiliar de Serviços Gerais
 Data Admissão : 05/02/2018 Matrícula : 0000001778
 Horário : 07:30 12:30 13:30 17:30
 Período : 01/04/2018 a 30/04/2018
 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 - Domingo	DOMINGO				DOMINGO
02 - Segunda-Feira	8:30	12:30	13:30	17:30	Soraia Cruz Miranda Lima
03 - Terça-Feira	8:30	12:30	13:30	17:30	Soraia Cruz Miranda Lima
04 - Quarta-Feira	8:30	12:30	13:30	17:30	Soraia Cruz Miranda Lima
05 - Quinta-Feira	8:30	12:30	13:30	17:30	Soraia Cruz Miranda Lima
06 - Sexta-Feira	8:30	12:30	13:30	17:30	Soraia Cruz Miranda Lima
07 - Sábado	SÁBADO				SÁBADO
08 - Domingo	DOMINGO				DOMINGO
09 - Segunda-Feira	8:30	12:30	13:30	17:30	Soraia Cruz Miranda Lima
10 - Terça-Feira	8:30	12:30	13:30	17:30	Soraia Cruz Miranda Lima
11 - Quarta-Feira	8:30	12:30	13:30	17:30	Soraia Cruz Miranda Lima
12 - Quinta-Feira	8:30	12:30	13:30	17:30	Soraia Cruz Miranda Lima
13 - Sexta-Feira	8:30	12:30	13:30	17:30	Soraia Cruz Miranda Lima
14 - Sábado	SÁBADO				SÁBADO
15 - Domingo	DOMINGO				DOMINGO
16 - Segunda-Feira	8:30	12:30	13:30	17:30	Soraia Cruz Miranda Lima
17 - Terça-Feira	8:30	12:30	13:30	17:30	Soraia Cruz Miranda Lima
18 - Quarta-Feira			11:30	17:30	Soraia Cruz Miranda Lima
19 - Quinta-Feira	8:30	12:30	13:30	17:30	Soraia Cruz Miranda Lima
20 - Sexta-Feira	8:30	12:30	13:30	17:30	Soraia Cruz Miranda Lima
21 - Feriado	SÁBADO				SÁBADO
22 - Domingo	DOMINGO				DOMINGO
23 - Segunda-Feira	8:30	12:30	13:30	17:30	Soraia Cruz Miranda Lima
24 - Terça-Feira	8:30	12:30	13:30	17:30	Soraia Cruz Miranda Lima
25 - Quarta-Feira	atestado				
26 - Quinta-Feira	atestado				
27 - Sexta-Feira	atestado				
28 - Sábado	SÁBADO				SÁBADO
29 - Domingo	DOMINGO				DOMINGO
30 - Segunda-Feira	8:30	12:30	13:30	17:30	Soraia Cruz Miranda Lima

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



Atesto que o(a) Sr(a) Serena Day M. Mont'Almeida
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 7h00 às 9:35 horas. acompanhada Wendell Day M. Lima

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

DATA

15/04/18

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

Dr. Carlos Roberto de Almeida

SMS-ATI



Atesto que o(a) Sr(a) Denise Day Mont'Almeida
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 02 (Dois) dias, a partir de 25/04/18 por motivo de doença CID. S40.8 (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. **JPA VARGEM DAS FLORES**

UNIDADE DE SAÚDE

DATA

25/04/18

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

Dr. Douglas Fogaça Vieira
CRM 146639960
CONTRIB. E 7932000

Bairro Retiro - Contagem-1
352-5691 / 3352-5

SMS-ATI

ATESTADO

Francis P. de Lima

Atesto que o(a) Sr.(a)

Não apresenta, ao exame clínico de rotina realizado nesta data, sinais de doenças infectocontagiosas, 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 médico admissional, demissional ou periódico para fins da legislação de segurança e saúde do trabalhador. Vide portaria nº 24/94 e NR nº 07 do Ministério do Trabalho).

Compareceu nesta data para consulta/exame, tendo permanecido na Clínica no período de _____ às _____ horas.

Compareceu nesta data para consulta/exame, acompanhado pelo Sr. (a) _____ tendo permanecido na Clínica no período de _____ às _____ horas.

Precisa permanecer afastado do trabalho por _____ dias (*11*) a partir de *24/4/18* por motivo de doença CID *F40*. (Este atestado é válido para finalidades previstas no artigo 71 e 72, parágrafo 1º do Decreto 3048/99 e será expedido para justificar o afastamento do trabalho de 01 a 15 dias).

Eu, _____ RG _____ autorizo a inclusão do CID no Atestado Médico.

26/4/18
Contagem

Dr. Francisco Penna C. Abreu
Assinatura do Cliente
GARDIOLOGIA / CARDIOGERIATRIA
CRM-MG 30.409
Assinatura / Carimbo Médico

Fique por dentro dos nossos serviços!
☎ (31) 98256-6180 📍 clinicaviverbemcontagem

Aterdimento:
Segunda a Sexta de 7h às 20h
Sábado de 7h às 13h

ATESTADO

Atesto que o(a) Sr.(a) Joucinia P. de Lima

Não apresenta, ao exame clínico de rotina realizado nesta data, sinais de doenças infectocontagiosas, 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 médico admissional, demissional ou periódico para fins da legislação de segurança e saúde do trabalhador. Vide portaria nº 24/94 e NR nº 07 do Ministério do Trabalho).

Compareceu nesta data para consulta/exame, tendo permanecido na Clínica no período de _____ às _____ horas.

Compareceu nesta data para consulta/exame, acompanhado pelo Sr. (a) _____ tendo permanecido na Clínica no período de _____ às _____ horas.

Necessita permanecer afastado do trabalho por _____ dias (_____) a partir de 24/4/18 por motivo de doença CID F40. (Este atestado é válido para finalidades previstas no artigo 71 e 72, parágrafo 1º do Decreto 3048/99 e será expedido para justificar o afastamento do trabalho de 01 a 15 dias).

Eu, _____
RG _____
autorizo a inclusão do CID no Atestado Médico.

Assinatura do Cliente
Dr. Frederico Penna C. Abreu
CARDIOLOGIA / CARDIOGERIATRIA
CRM-MG 30.409
Assinatura / Carimbo Médico

Contagem 26/4/18

Fique por dentro dos nossos serviços! Atendimento:
Segunda a Sexta de 7h às 20h
Sábado de 7h às 13h
☎ (31) 98256-6180 📍 clinicaviverbemcontagem

270