

00021 ASSOCIACAO DE ASSISTENCIA SOCIAL JARDIM DA AV DURVAL ALVES DE FARIA, 2167
01/04/2019 a 30/04/2019 Demonstrativo de Pagamento de Salário

02411691000141 Educadora Infantil 1

000076 MARGARETE DE FATIMA ELEOTERIO SIQUEIRA

| Cód. | Descrição | Referência | Vencimentos | Descontos |
|------------|-----------------------------|-----------------|-------------------------|------------|
| 001 | Salário Base | 220,00 | 1.283,68 | |
| 599 | Salário Família | 001,00 | 32,80 | |
| 999 | Arredondamento do mes | | 0,67 | |
| 604 | Vale Transporte | | | 77,02 |
| 610 | Arredondamento mes anterior | | | 0,44 |
| 903 | INSS Folha | | | 102,69 |
| | | | 1.317,15 | 180,15 |
| | | | Valor Liquido | 1.137,00 |
| Saldo Base | | | FGT 5 ^{mo} mês | Faixa IRRF |
| 1.283,68 | Sal. Contrib. INSS | Base Calc. FGTS | 102,69 | 991,40 |
| 1.283,68 | 1.283,68 | 8,00 | 1.283,68 | |

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTANCIA LIQUIDA DISCRIMINADA NESTE RECIBO

30/04/19 DATA

Margarete F. J. Siqueira ASSINATURA DO FUNCIONARIO

ATESTO QUE O SERVIÇO FOI PRESTADO
E/OU MATERIAL FORNECIDO
30/04/19

ATESTO QUE O SERVIÇO FOI PRESTADO
E/OU MATERIAL FORNECIDO
30/04/19

Empregador ou Razão Social: **5**

CNPJ: _____

Empregado: **Margarate de F. Siqueira**

Nº CTPS: _____ Função: **Ed. Inf.**

Ano: **2019** Local de Trabalho: _____

Entrada: _____ Intervalo p/ Refeição: _____ Saída: _____ Rep. Semanal: _____

| DATA | MANHÃ | | TARDE | | EXTRA | | HORAS Extras | |
|------|---------|-------|---------|-------|---------|-------|--------------|--|
| | ENTRADA | SAÍDA | ENTRADA | SAÍDA | ENTRADA | SAÍDA | | |
| 1 | 07:49 | 12:04 | 12:53 | 17:14 | | | | |
| 2 | 07:48 | 12:03 | 12:55 | 17:15 | | | | |
| 3 | 07:51 | 12:12 | 13:00 | 17:16 | | | | |
| 4 | 07:47 | 12:08 | 12:54 | 17:20 | | | | |
| 5 | 07:45 | 12:06 | 12:51 | 17:13 | | | | |
| 6 | Sábado | | | | | | | |
| 7 | Domingo | | | | | | | |
| 8 | 07:42 | 12:00 | 12:50 | 17:13 | | | | |
| 9 | 07:59 | 12:08 | 12:57 | 17:13 | | | | |
| 10 | 07:56 | 12:03 | 12:58 | 17:12 | | | | |
| 11 | 07:38 | 12:13 | 12:59 | 17:17 | | | | |
| 12 | Feriado | | | | | | | |
| 13 | Sábado | | | | | | | |
| 14 | Domingo | | | | | | | |
| 15 | 08:04 | 12:04 | 12:56 | 17:18 | | | | |

| | HORAS | A R\$ | TOTAIS |
|-------------------|-------|-------|--------|
| NORMAIS | | | R\$ |
| EXTRAS | | | R\$ |
| | | | R\$ |
| | | | R\$ |
| SOMA R\$ | | | |
| INSS | | | R\$ |
| | | | R\$ |
| TOTAL DO DESCONTO | | | R\$ |
| SALDO A RECEBER | | | R\$ |

| Nº | MANHÃ | | TARDE | | EXTRA | | HORAS Extras | |
|----|----------|-------|---------|-------|---------|-------|--------------|--|
| | ENTRADA | SAÍDA | ENTRADA | SAÍDA | ENTRADA | SAÍDA | | |
| 16 | 07:45 | 12:08 | 12:53 | 17:24 | | | | |
| 17 | 07:51 | 12:05 | 12:59 | 17:31 | | | | |
| 18 | Feriado | | | | | | | |
| 19 | Recesso | | | | | | | |
| 20 | Sábado | | | | | | | |
| 21 | Domingo | | | | | | | |
| 22 | 08:04 | 12:06 | 12:58 | 17:25 | | | | |
| 23 | 07:42 | 12:07 | 12:58 | 17:19 | | | | |
| 24 | 07:24 | 12:05 | 12:57 | 17:16 | | | | |
| 25 | Atestado | | | | | | | |
| 26 | Atestado | | | | | | | |
| 27 | Sábado | | | | | | | |
| 28 | Domingo | | | | | | | |
| 29 | 08:00 | 12:05 | 12:57 | 17:15 | | | | |
| 30 | Atestado | | | | | | | |
| 31 | | | | | | | | |

Normas de Portaria MTB nº 3.162, de 8/9/82 e 3.081, de 11/4/84, o presente Cartão de Ponto, substitui o Quadro de Horário de Trabalho, inclusive o de menores.



GRIFFE
PAPER

Recebi o saldo acima mencionado e reconheço a exatidão destas anotações.

[Handwritten Signature]

ASSINATURA DO EMPREGADO

ATESTO QUE O SERVIÇO FOI PRESTADO
E/OU MATERIAL FORNECIDO
30/04/19

ATESTO QUE O SERVIÇO FOI PRESTADO
E/OU MATERIAL FORNECIDO
30/04/19

Nome do paciente: MARGARETE DE FATIMA ELEOTERIO SIQUEIRA

Nº Pront.: 0003823309

Nº Atend. 29846111

Data de Nascimento: 25/09/1974 Idade: 44 Anos 7 Meses 0 Dia

Convênio: UNIMED INTERCAMBIO

Nome da mãe: MARIA TEREZA ELEOTERIO

Setor:

Leito:

Profissional: RONALDO MANSO DE MIRANDA E CASTRO


Data Assinatura: 25/04/2019 13:15:42

ATESTADO MÉDICO

Atesto que o (a) Sr. (a) MARGARETE DE FATIMA ELEOTERIO SIQUEIRA necessita permanecer afastado por 02 dias a partir de 25/04/2019 por razões médicas. CID j11.

(Este atestado é válido para as finalidades previstas nos artigos 71 e 72, parágrafo 1º do Decreto 3048/99, e será expedido para justificar o afastamento do trabalho de 1 a 15 dias).


Eu, MARGARETE DE FATIMA ELEOTERIO SIQUEIRA, RG , autorizo a inclusão do CID no atestado médico.


MARGARETE DE FATIMA ELEOTERIO SIQUEIRA

Assinatura e Carimbo

ATESTADO QUE O SERVIÇO FOI PRESTADO
E/OU MATERIAL FORNECIDO
30/04/19

ATESTADO QUE O SERVIÇO FOI PRESTADO
E/OU MATERIAL FORNECIDO
30/04/19



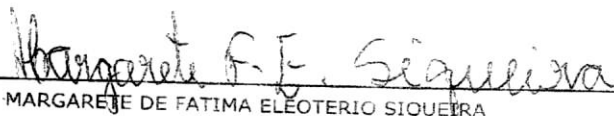
Nome do paciente: MARGARETE DE FATIMA ELEOTERIO SIQUEIRA Nº Pront.: 0003823309 Nº Atend. 29916395
Data de Nascimento: 25/09/1974 Idade: 44 Anos 7 Meses 5 Dias Convênio: UNIMED INTERCAMBIO
Nome da mãe: MARIA TEREZA ELEOTERIO Setor:
Profissional: MARINA ORZIL TOFANI LOPES Data Assinatura: 30/04/2019 18:54:44 Leito:

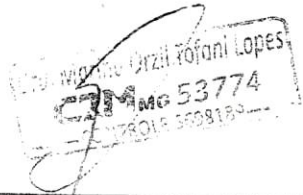
ATESTADO MÉDICO

Atesto que o (a) Sr. (a) MARGARETE DE FATIMA ELEOTERIO SIQUEIRA necessita permanecer afastado por 01 dias a partir de 30/04/2019 por razões médicas. CID A90.

(Este atestado é válido para as finalidades previstas nos artigos 71 e 72, parágrafo 1ª do Decreto 3048/99, e será expedido para justificar o afastamento do trabalho de 1 a 15 dias).

Eu, MARGARETE DE FATIMA ELEOTERIO SIQUEIRA, RG , autorizo a inclusão do CID no atestado médico.


MARGARETE DE FATIMA ELEOTERIO SIQUEIRA



Assinatura e Carimbo

ATESTO QUE O SERVIÇO FOI PRESTADO
E/OU MATERIAL FORNECIDO
30/04/19

ATESTO QUE O SERVIÇO FOI PRESTADO
E/OU MATERIAL FORNECIDO
30/04/19

Você também está obrigado a usá-los, para prevenir acidentes e evitar as doenças profissionais.

Mostre ao seu novo companheiro os perigos que o cercam no trabalho.

Cada acidente é uma lição que deve ser apreciada, para evitar maiores desgraças.

Todo o acidente tem uma causa que é preciso ser pesquisada, para evitar a sua repetição.

Se você for acidentado, procure logo o socorro médico adequado. Não deixe que "entendidos" e "curiosos" concorram para o agravamento de sua lesão.

Se você não é eletricitista, não se meta a fazer serviços de eletricidade.

Procure o socorro médico imediato, se você for vítima de um acidente, amanhã será tarde demais.

As máquinas não respeitam ninguém; mas você deve respeitá-las.

Atenda às recomendações dos Membros da CIPA e de seus mestres e chefes.

Conheça sempre as regras de segurança da seção onde você trabalha.

Conversa e discussão no trabalho predispõem a acidentes pela desatenção.

Luta e reflita sempre os ensinamentos contidos nos cartazes e avisos sobre prevenção de acidentes.

Os anéis, pulseiras, gravatas e mangas compridas não fazem parte do seu uniforme de trabalho.

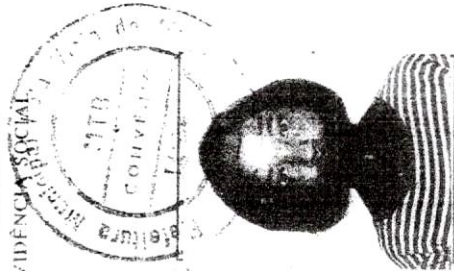
Mantenha sempre as guardas protetoras das máquinas nos devidos lugares.

Para a máquina quando tiver que consertá-la ou lubrificá-la.

Habitue-se a trabalhar protegido contra os acidentes. Use equipamentos de proteção adequados a seu serviço.

Conheça o manejo dos extintores e demais dispositivos de combate ao fogo existentes em seu local de trabalho. Você pode ter necessidade de usá-los algum dia.

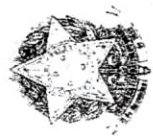
MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL



Número C15062 Série CA 1234567

CIPS RECADASTRADA

[Handwritten signature]
ASSINATURA DO PORTADOR



ATESTO QUE O SERVIÇO FOI PRESTADO
E/OU MATERIAL FORNECIDO
30/04/19

ATESTO QUE O SERVIÇO FOI PRESTADO
E/OU MATERIAL FORNECIDO
30/04/19

QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome Margarida de Fátima Leal
 Loc. Nas. Paulista
 Filiação João Francisco de Fátima Leal
 Doc. N.º 2471591103300
 Data 30/04/19

ESTRANGEIROS
 Chegada ao Brasil em 1/1/19 Doc. Ident. N.º 15042000
 Exp. em 31/12/19 Estado SP
 Obs. U.M.
 Data Emissão 15/04/2000 DRT 15042000

Assinatura Margarida de Fátima Leal
 Encargada PP - nº 129

ALTERAÇÕES DE IDENTIDADE
(Com relação nome, est. civil e data nasc.)

Nome
 Doc.
 Nome
 Doc.
 Nome
 Doc.
 Est. Civil
 Doc.
 Est. Civil
 Doc.
 Nascimento
 Doc.

02.411.691/0001-41

ASS. DE ASS. SOCIAL JARDIM DAS OLIVEIRAS - ANJO
 Empregador
 Av. A. n.º 2.167 - B
 CGC/MF
 Rua
 Município **[CONTAGEM - MG]**
 Esp. do estabelecimento
 Cargo **[Educadora Infantil I]**
 CBO n.º **[33.11.05]**
 Data admissão **[02]** de **[Maio]** de **[2018]**
 Registro n.º
 Remuneração especificada **[R\$ 4.220,55]**
 (Um mil duzentos e vinte e dois reais e cinquenta e cinco centavos)

 ASS. DE ASS. SOCIAL JARDIM DAS OLIVEIRAS - ANJO
 1.º
 Data saída **[28]** de **[Ago]** de **[2018]**

 ASS. DE ASS. SOCIAL JARDIM DAS OLIVEIRAS - ANJO
 1.º
 Com. Dispensa CD N.º

CONTRATO DE TRABALHO

02.411.691/0001-41

ASS. DE ASS. SOCIAL JARDIM DAS OLIVEIRAS - ANJO
 Empregador
 Av. A. n.º 2.167 - B
 CGC/MF
 Rua
 Município **[Esp. Tropical - CEP: 32.130-040]**
 Esp. do estabelecimento
 Cargo **[Educadora Infantil I]**
 CBO n.º **[33.11.05]**
 Data admissão **[02]** de **[Fevereiro]** de **[2018]**
 Registro n.º
 Remuneração especificada **[R\$ 4.220,55]**
 (Um mil duzentos e vinte e dois reais e cinquenta e cinco centavos)

 ASS. DE ASS. SOCIAL JARDIM DAS OLIVEIRAS - ANJO
 1.º
 Data saída de de

 Ass. do empregador ou a rogo c/test.
 1.º 2.º
 Com. Dispensa CD N.º

ATESTO QUE O SERVIÇO FOI PRESTADO
 E/OU MATERIAL FORNECIDO
30/04/19

ATESTO QUE O SERVIÇO FOI PRESTADO
 E/OU MATERIAL FORNECIDO
30/04/19

| | | |
|--|--------------------------------|---|
| CAIXA | CAIXA ECONÔMICA FEDERAL | Página: 1 |
| | | Posição: 30/04/2019 |
| CAIXA PROGRAMADO | | |
| RELATÓRIO DE AGENDAMENTOS - SALÁRIO - AMPLIAÇÃO DE BASE | | |
| CÓDIGO DO COMPROMISSO: 312943 NOME: ASSOCIACAO DE ASSISTENCIA SOCI | | Período de 30/04/2019 até 30/04/2019 |

FORMA DE CREDITO
PAGAMENTO: EM CONTA

| Agendamento | CPF | NOME | BCO | AGÊNCIA | TIPO DE CONTA | CONTA CREDITADA | DT CREDITO | MOTIVO | VALOR | MOEDA | SITUAÇÃO |
|--------------|----------------|---------------------------------|-----|---------|------------------|--------------------|---------------|--------|-----------|-------|----------|
| 000151 | 050.054.566-94 | SIMONE CONSUELO DE FARIA PIRES | 104 | 1529 | Conta Salário | 000009184-5 | 30/04/2019 | | 2.717,00 | Real | REMETIDO |
| 000152 | 032.897.356-48 | MARI J PIRES GONCALVES DE ABREU | 104 | 1529 | Conta Salário | 000002159-6 | 30/04/2019 | | 1.354,00 | Real | REMETIDO |
| 000153 | 120.369.056-84 | VALDINEIA BONINI RAMOS CONTARE | 104 | 1529 | Conta Salário | 000012483-2 | 30/04/2019 | | 1.136,00 | Real | REMETIDO |
| 000154 | 082.058.216-66 | ROSA ALICE BONINI RAMOS CONTA | 104 | 1529 | Conta Salário | 000012482-4 | 30/04/2019 | | 1.104,00 | Real | REMETIDO |
| 000155 | 989.708.606-49 | SOLANGE ROCHA O AMARAL | 104 | 1529 | Conta Salário | 987861104-9 | 30/04/2019 | | 3.093,00 | Real | REMETIDO |
| 000156 | 112.131.346-92 | KELLEN PRISCILA P SILVA | 104 | 1529 | Conta Salário | 987861113-8 | 30/04/2019 | | 1.181,00 | Real | REMETIDO |
| 000157 | 010.647.216-05 | LUZINETE A S FERREIRA | 104 | 1529 | Conta Salário | 987861111-1 | 30/04/2019 | | 1.181,00 | Real | REMETIDO |
| 000158 | 062.892.016-46 | MARGARETE DE FATIMA E SIQUEIRA | 104 | 1529 | Conta Salário | 987861109-0 | 30/04/2019 | | 1.137,00 | Real | REMETIDO |
| 000159 | 107.352.046-32 | PAULA GONCALVES PEREIRA | 104 | 1529 | Conta Salário | 987861108-1 | 30/04/2019 | | 1.104,00 | Real | REMETIDO |
| 000160 | 091.475.506-43 | SANDRA S MAXIMO | 104 | 1529 | Conta Salário | 987861105-7 | 30/04/2019 | | 1.137,00 | Real | REMETIDO |
| 000161 | 060.731.736-10 | VERA LUCIA C SANTOS | 104 | 1529 | Conta Salário | 987861103-0 | 30/04/2019 | | 1.008,00 | Real | REMETIDO |
| 000162 | 021.831.896-06 | LOURDES DELIA SERVIAN | 104 | 1529 | Conta Salário | 987841471-5 | 30/04/2019 | | 1.445,00 | Real | REMETIDO |
| TOTAL GERAL: | | | | | | | | | 17.597,00 | | |

Pag: 1 -

ATESTO QUE O SERVIÇO FOI PRESTADO
E/OU MATERIAL FORNECIDO
30/04/19

ATESTO QUE O SERVIÇO FOI PRESTADO
E/OU MATERIAL FORNECIDO
30/04/19