

00082 ASSOCIACAO BENEFICENTE SERVOS DE JESUS		Demonstrativo de Pagamento de Salário			
RUA ORISSANGA, 466 CASA		01/09/2018 a 30/09/2018		04467087000162	
000006 KATIA CRISTINA REIS		MONITORA(CRECHES)			
Cod	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
001	Salario Base	030,00	2.700,00		
903	INSS Folha			243,00	
914	IRRF Folha			41,48	
			2.700,00	284,48	
			Valor Líquido	2.415,52	
Saldo Base	Sal. Contri. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.700,00	2.700,00	9,00	2.700,00	216,00	2.457,00
DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE RECIBO					
02/10/2018		Kátia Cristina Reis.			
DATA		ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO			

Internet::Ba_nking---CAIXA

Page 1 of 1



Comprovante de transferência entre contas da CAIXA - TEV

Via Internet Banking CAIXA

Emitente:	ASSOCIACAO BENEFICENTE SERVOS DE
Conta origem:	2427 / 003 / 00008436-2
Conta destino:	0089 / 013 / 00104978-7
Nome destinatário:	KATIA CRISTINA REIS
Valor:	R\$ 2.415,52
Data de débito:	02/10/2018
Data/hora da operação:	02/10/2018 09:46:04
Código da operação:	00117103
Chave de segurança:	5H544ZYPZN7PWZTW

DEBITO REALIZADO COM SUCESSO. A PREVISAO DO CREDITO NA CONTA DESTINO E DE 30 MINUTOS.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
 Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
 Ouvidoria: 0800 725 7474
 Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

CARTÃO DE PONTO - Período: 01/09/2018 a 30/09/2018

V 6.12.0.1

Nome: **KATIA CRISTINA REIS**

CPF: **00963809695** Emissão: 02/10/2018 15:45:56

Matricula: **00003**

C. T. P. S. :

Admissão: **23/02/2012**

Cargo: **MONITORA**

PIS: **12618960094**

Empresa: **ASSOCIACAO BENEFICENTE SERVOS DE JESUS**

Depto:

CNPJ: **04467087000162**

Sector:

Seção:

C. Custo:

	Entrada	Intervalo p/ refeição		Saída		Entrada	Intervalo p/ refeição		Saída		HT	AN	EX	EN	AT	FA
Domingo	FOLGA				Quinta	X	07:00	11:30	12:45	16:45						
Segunda	X	07:00	11:30	12:45	16:45	Sexta	X	07:00	11:30	12:45	16:45					
Terça	X	07:00	11:30	12:45	16:45	Sábado	FOLGA									
Quarta	X	07:00	11:30	12:45	16:45	Feriados	FOLGA									
01/09/2018	Sab	Sábado														
02/09/2018	Dom	Domingo														
03/09/2018	Seg	- 06:58	11:32	12:45	16:45		08:30									
04/09/2018	Ter	- 07:00	11:31	12:45	16:45		08:30									
05/09/2018	Qua	- 06:55	11:30	12:45	16:45		08:30									
06/09/2018	Qui	- 06:59	11:30	12:45	16:45		08:30									
F 07/09/2018	Sex	Feriado														
08/09/2018	Sab	Sábado														
09/09/2018	Dom	Domingo														
10/09/2018	Seg	- 06:56	11:30	12:45	16:45		08:30									
11/09/2018	Ter	- 06:55	11:30	12:45	16:45		08:30									
12/09/2018	Qua	- 07:09	11:30	12:45	16:46		08:30									
13/09/2018	Qui	- 06:58	11:30	12:45	16:45		08:30									
14/09/2018	Sex	- 06:59	11:30	12:45	16:45		08:30									
15/09/2018	Sab	Sábado														
16/09/2018	Dom	Domingo														
17/09/2018	Seg	- 08:00	11:18	11:18	12:45	16:45	Atestado Médico parcial	04:45								
18/09/2018	Ter	- 06:58	11:30	12:45	16:46		08:30									
19/09/2018	Qua	- 06:58	11:30	12:45	16:45		08:30									
20/09/2018	Qui	- 06:58	11:30	12:45	16:45		08:30									
21/09/2018	Sex	- 07:01	11:30	12:45	16:45		08:30									
22/09/2018	Sab	Sábado														
23/09/2018	Dom	Domingo														
24/09/2018	Seg	- 06:55	11:31	12:45	16:45		08:30									
25/09/2018	Ter	- 06:57	11:30	12:45	16:46		08:30									
26/09/2018	Qua	- 06:57	11:32	12:45	16:45		08:30									
27/09/2018	Qui	- 06:58	11:30	12:45	16:45		08:30									
28/09/2018	Sex	- 06:59	11:31	12:45	16:45		08:30									
29/09/2018	Sab	Sábado														
30/09/2018	Dom	Domingo														

Diferença (Extras - (Atrasos + Faltas)): 000:00

Resumo:

HT - Horas trabalhadas 157:45
 Abonos de justif. 004:00
 Total máximo de trab. 161:30

Abonos DSR 051:20
 Faltas(dias) 0

Reconheço para os devidos fins, como verdadeiros os meus horários de entrada e saída do serviço bem como os intervalos intrajornada

Katia Cristina Reis
 Assinatura



Centro Médico de Contagem

31 3358.1000 Medicina avançada

centromedicodecontagem@gmail.com

Av. José Faria da Rocha, 1636 - Eldorado

Atesto que o(a) Sr.(a) Isabel Cristina Reis

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 consulta/exame, tendo permanecido na unidade no período de _____ às _____ horas.

Compareceu nesta data consulta/exame, acompanhado pelo Sr.(a) Isabel Cristina Reis permanecendo na unidade no período de 8:00 às 9:45 horas.

Necessita permanecer afastado do trabalho por _____ dias (_____) a partir de ____/____/____ por motivo de doença CID _____. (Este atestado é válido para 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).

Contagem 17/09/18

Dr. Guilherme Cunha M. Santos
RQE Nº 41335 NEUROLOGIA
CMC Nº 44778
CONTRABE 9108602

Assinatura / carimbo do médico