



Comprovante de transferência entre contas da CAIXA - TEV

Via Internet Banking CAIXA

Emitente:	ORGANIZACAO EDUC JOAO XXIII
Conta origem:	1639 / 003 / 00005238-0
Conta destino:	0893 / 023 / 00017289-3

Nome destinatário:	NILZE ANGELA OLIVEIRA SILVA
Valor:	R\$ 1.818,29

Data de débito:	31/05/2019
Data/hora da operação:	31/05/2019 10:10:52

Código da operação:	00073267
Chave de segurança:	XG58E3U10SFGVSM8

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

OBRA EDUCACIONAL IRMA ELVIRA

16.518.821/0004-05

Rua OLIVEIRA, 179 - Bairro INDUSTRIAL - Contagem

Demonstrativo de Pagamento

Func.: 000840 - NILZE ANGELA OLIVEIRA SILVA			Periodo: 05/2019		
Cargo: 0186 - EDUCADOR (A)		Matrícula: 0000000840	CTPS: 0040521 / 00082		
Depto.: 031 - PESSOAL EDUCACAO		Admissão: 29/01/2019	CPF: 942.588.806-04		
Verbas	Referência	Vencimentos		Descontos	
0001 - Salário Contratual	30,00	1.998,11			
3018 - Devolução de desconto indevido - Seguro de vida		4,33			
0520 - Desconto INSS	9,00			179,82	
2647 - Seguro de Vida	1,00			4,33	
		Total:	2.002,44	Total: 184,15	
		Valor Líquido		1.818,29	
Apressa-te a viver bem e pensa que cada dia é, por si só, uma vida!					
Recebi o valor líquido, acima descrito em <u>31/05/2019</u> Assinatura: <u><i>Nilze Angela Oliveira Silva</i></u>					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	FGTS do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.998,11	1.998,11	1.998,11	159,84	1.249,52	

FOLHA INDIVIDUAL DE PONTO

PORTARIA 3.626/91

Funcionário : 000840 - NILZE ANGELA OLIVEIRA SILVA
 Cargo : 0186 - EDUCADOR (A)
 Data Admissão : 29/01/2019 Matrícula : 0000000840
 Horário : 07:00 AS 12:00 13:12 AS 17:00
 Período : 01/05/2019 a 31/05/2019
 Departamento : 031 - PESSOAL EDUCACAO
 Centro de Custo :

16.518.821/0004-05
 OBRA EDUCACIONAL IRMA ELVIRA
 Rua OLIVEIRA 179
 INDUSTRIAL - 3223380
 Contagem - MG

DIA	INTERVALO				ASSINATURA
	ENTRADA	SAÍDA	ENTRADA	SAÍDA	
01 - Feriado	-	-	-	-	-
02 - Quinta-Feira	7:00	12:00	13:15	17:00	Nilze Angela Oliveira Silva
03 - Sexta-Feira	6:59	12:00	13:15	17:01	Nilze Angela Oliveira Silva
04 - Sábado	-	-	-	-	-
05 - Domingo	-	-	-	-	-
06 - Segunda-Feira	7:00	12:00	13:15	17:00	Nilze Angela Oliveira Silva
07 - Terça-Feira	6:59	12:00	13:15	17:01	Nilze Angela Oliveira Silva
08 - Quarta-Feira	7:00	12:00	13:15	17:00	Nilze Angela Oliveira Silva
09 - Quinta-Feira	6:59	12:00	13:15	17:01	Nilze Angela Oliveira Silva
10 - Sexta-Feira	7:00	12:00	13:15	17:00	Nilze Angela Oliveira Silva
11 - Sábado	-	-	-	-	-
12 - Domingo	-	-	-	-	-
13 - Segunda-Feira	-	-	-	-	ATESTADO
14 - Terça-Feira	-	-	-	-	ATESTADO
15 - Quarta-Feira	-	-	-	-	ATESTADO
16 - Quinta-Feira	-	-	-	-	ATESTADO
17 - Sexta-Feira	7:00	12:00	13:15	17:00	Nilze Angela Oliveira Silva
18 - Sábado	8:00	-	-	18:00	Nilze Angela Oliveira Silva
19 - Domingo	-	-	-	-	-
20 - Segunda-Feira	7:00	12:00	13:15	17:00	Nilze Angela Oliveira Silva
21 - Terça-Feira	6:59	12:00	13:15	17:01	Nilze Angela Oliveira Silva
22 - Quarta-Feira	7:00	12:00	13:15	17:00	Nilze Angela Oliveira Silva
23 - Quinta-Feira	6:59	12:00	13:15	17:00	Nilze Angela Oliveira Silva
24 - Sexta-Feira	7:00	12:00	13:15	17:01	Nilze Angela Oliveira Silva
25 - Sábado	-	-	-	-	-
26 - Domingo	-	-	-	-	-
27 - Segunda-Feira	6:59	12:00	13:15	17:00	Nilze Angela Oliveira Silva
28 - Terça-Feira	7:00	12:00	13:15	17:01	Nilze Angela Oliveira Silva
29 - Quarta-Feira	6:59	12:00	13:15	17:00	Nilze Angela Oliveira Silva
30 - Quinta-Feira	7:00	12:00	13:15	17:00	Nilze Angela Oliveira Silva
31 - Sexta-Feira	6:59	12:00	13:15	17:01	Nilze Angela Oliveira Silva

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) Luíza Augusta Oliveira 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 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 01 (uma) dias, a partir de 14/05/19 por motivo de doença CID. A090 (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 5/10/88. (Licença - Maternidade).

OBS.: Este Atestado perderá o valor em caso de rasura e de preenchimento de mais de um campo.

UNIDADE DE SAÚDE

Dra. Fabiana Barbosa de Jesus
MÉDICA

UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE - HIAZOMAS
Rua José Antônio, 58
Contagem - MG
CEP: 31155-911

14/05/19

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

CEM 1315541



Prefeitura Municipal de Contagem
Secretaria Municipal de Saúde
ATESTADO

Atesto que o(a) Sr(a) Luíza Augusta Oliveira 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 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 01 (uma) dias, a partir de 13/05/19 por motivo de doença CID. S090 (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

Contagem - MG

DATA

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

13/05/19

CEP: 31155-911



Prefeitura Municipal de Contagem
Secretaria Municipal de Saúde
ATESTADO



Atesto que o(a) Sr(a) Helze Augusta Oliveira
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 15/05/19 por motivo de doença CID. A 090 (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

Dra. Fabiana Barbosa de Jesus
MÉDICA

CRP nº 70080
CONTROLE 19155/2007

23

16/05/19

ASS.

CONTINÚO DO RESPONSÁVEL

32.223-230