



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:	1639 / 013 / 00134136-6

Nome destinatário:	ZILNETE DOS SANTOS ROCHA
Valor:	R\$ 1.520,53

Data de débito:	29/05/2018
Data/hora da operação:	29/05/2018 11:29:33

Código da operação:	00194780
Chave de segurança:	QGV8FF03SR8U5GK8

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.: 000752 - ZILNETE DOS SANTOS ROCHA			Período: 05/2018		
Cargo: 0186 - EDUCADOR (A)		Matrícula: 0000000752	CTPS: 5510240 / 00040		
Depto.: 031 - PESSOAL EDUCACAO		Admissão: 01/09/2017	CPF: 017.072.895-14		
Verbas	Referência	Vencimentos		Descontos	
0001 - Salário Contratual	30,00	1.695,73			
0520 - Desconto INSS	9,00			152,61	
2647 - Seguro de Vida	1,00			4,15	
3198 - Premium Saúde				18,44	
"A força não provém da capacidade física, provém de uma força indomável" (Mahatma Gandhi)		Total:	1.695,73	Total: 175,20	
		Valor Líquido	1.520,53		
Recebi o valor líquido, acima descrito em <u>29/05/18</u> Assinatura: <u>Zilnete dos Santos Rocha</u>					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	FGTS do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.695,73	1.695,73	1.695,73	135,65	1.543,12	

FOLHA INDIVIDUAL DE PONTO

PORTARIA 3.626/91

Funcionário : 000752 - ZILNETE DOS SANTOS ROCHA
 Cargo : 0186 - EDUCADOR (A)
 Data Admissão : 01/09/2017 Matrícula : 0000000752
 Horário : 08:00 A 11:00 E 12:00 40 HORAS SEMANAIS
 A 17:00 SEG A SEX
 Período : 01/05/2018 a 31/05/2018
 Departamento : 031 - PESSOAL EDUCACAO
 Centro de Custo :

16.518.821/0004-05
 OBRA EDUCACIONAL IRMA ELVIRA
 Rua OLIVEIRA 179
 INDUSTRIAL - 32223380
 Contagem - MG

DIA	INTERVALO				ASSINATURA
	ENTRADA	SAÍDA	ENTRADA	SAÍDA	
01 - Feriado	-	-	-	-	-
02 - Quarta-Feira					Atestado
03 - Quinta-Feira					' '
04 - Sexta-Feira					' '
05 - Sábado	-	-	-	-	-
06 - Domingo	-	-	-	-	-
07 - Segunda-Feira	07:59	11:00	12:00	16:59	Zilnete dos Santos Rocha
08 - Terça-Feira	08:01	11:00	12:00	17:01	Zilnete dos Santos Rocha
09 - Quarta-Feira	08:02	11:00	12:00	17:02	Zilnete dos Santos Rocha
10 - Quinta-Feira	07:58	11:00	12:00	16:58	Zilnete dos Santos Rocha
11 - Sexta-Feira	09:01	11:00	12:00	17:01	Zilnete dos Santos Rocha
12 - Sábado	-	-	-	-	-
13 - Domingo	-	-	-	-	-
14 - Segunda-Feira	07:59	11:00	12:00	16:59	Zilnete dos Santos Rocha
15 - Terça-Feira	08:02	11:00	12:00	17:02	Zilnete dos Santos Rocha
16 - Quarta-Feira	07:59	11:00	12:00	16:59	Zilnete dos Santos Rocha
17 - Quinta-Feira	07:58	11:00	12:00	16:58	Zilnete dos Santos Rocha
18 - Sexta-Feira	08:01	11:00	12:00	17:01	Zilnete dos Santos Rocha
19 - Sábado	-	-	-	-	-
20 - Domingo	-	-	-	-	-
21 - Segunda-Feira	08:01	11:00	12:00	17:01	Zilnete dos Santos Rocha
22 - Terça-Feira	07:59	11:00	12:00	16:59	Zilnete dos Santos Rocha
23 - Quarta-Feira	08:01	11:00	12:00	17:01	Zilnete dos Santos Rocha
24 - Quinta-Feira	07:58	11:00	12:00	16:58	Zilnete dos Santos Rocha
25 - Sexta-Feira	07:59	11:00	12:00	16:59	Zilnete dos Santos Rocha
26 - Sábado	-	-	-	-	-
27 - Domingo	-	-	-	-	-
28 - Segunda-Feira	-	-	-	-	Paralisação
29 - Terça-Feira	07:59	11:00	12:00	16:59	Zilnete dos Santos Rocha
30 - Quarta-Feira	08:01	11:00	12:00	17:01	Zilnete dos Santos Rocha
31 - Feriado	-	-	-	-	-

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



MediCare ATESTADO

Atesto que o(a) Sr(a) E. Luize dos Santos Kake
portador da carteira profissional nº _____
e carteira de identidade nº _____

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 de legislação de segurança e saúde do trabalhador, vide portaria nº24 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 dia(s), à partir de 02/05/18 por motivo de doença CID E90 (a pedido do paciente). (Este atestado é válido para finalidades previstas no art.143 §1º do Decreto 2172 de 05/03/97 e Resolução CFN 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, à partir de ____/____/____ conforme o disposto no inciso XVII, art.7º, capítuloII, título II da Constituição Federal de 05/10/88.(Licença Maternidade)

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

02/05/18

DATA

Raphael de Oliveira Passos Suveira
CRMg 3936

ASSINATURA/CARIMBO DO MÉDICO/ODONTÓLOGO/CRO

Atesto que o(a) Sr(a) Zelene dos Santos Acha
portador da carteira profissional nº _____
e carteira de identidade nº _____

Não apresenta ao exame clínico de rotina realizado nesta 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 de legislação de segurança e 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 03/05/18 por motivo de doença CID _____ (a pedido do paciente). (Este atestado é válido para finalidades no art. 143 § 1º do Decreto 2172 de 05/03/97 e Resolução CFN 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 disposto no inciso XVII, art. 7º, capítulo II, título II da Constituição Federal de 05/10/88. (Licença Maternidade) !

Este atestado perderá o valor em caso de rasura e/ou de preenchimento de mais de um campo.

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____,
autorizo o Dr. _____, a registrar o diagnóstico codificado CID ou por extenso neste atestado médico.

Assinatura do Paciente ou Responsável

03/05/18

Data

Dra. Patrícia Drummond Cordeiro
MEDICA
68024
CONTROLE 3058700

Assinatura e Carimbo do Médico

Rua Alcides Lins, 320 - Venda Nova - (31) 3317-8375 / 3053-9497
www.primacordis.com.br