

Recibo de Pagamento de Salário

Referente : 01/02/2022 a 28/02/2022

Empresa : 00038 INSTITUTO DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL ARCA DA ALIANC CNPJ/CPF/CEI : 08583491000152
Endereço : R VISCONDE DE ITABORAÍ, 111 Admissão : 03/05/2021
Nome : 000270 CYNTHIA PEREIRA DE OLIVEIRA CPF: : 11032605618
Cargo: : EDUCADORA INFANTIL Setor/CC : Geral

Cód.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
001	Salário Base	030,00	2.208,00		
590	Vale Transporte 3%			66,24	
903	INSS Folha			180,54	
			2.208,00	246,78	
			Valor Líquido	1.961,22	
Saldo Base	Sal. Contri. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.208,00	2.208,00 8,1766	2.208,00	176,64	2.027,46	

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE RECIBO

02/03/22
DATACynthia Pereira de Oliveira
ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO

18

FOLHA DE PONTO INDIVIDUAL DE TRABALHO

EMPREGADOR: NOME / EMPRESA INSTITUTO DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL ARCA DA ALIANÇA		CEI / CNPJ Nº 08583491/0001-52
ENDEREÇO: RUA. VISCONDE DE ITABORAI 111 – JARDIM INDUSTRIAL		
EMPREGADO(A): CYNTHIA PEREIRA DE OLIVEIRA	CTPS Nº E SÉRIE:	DATA DE ADMISSÃO:
FUNÇÃO: EDUCADORA INFANTIL	HORÁRIO DE TRABALHO DE SEG. A SEXTA FEIRA:	
HORÁRIO AOS SÁBADOS: -----	DESCANSO SEMANAL: SAB / DOM	MÊS: FEVEREIRO
		ANO: 2022

DIAS MÊS	ENTRADA MANHÃ	ALMOÇO		SAÍDA TARDE	EXTRAS		ASSINATURA
		SAÍDA	RETORNO		ENTRADA	SAÍDA	
01	08:00	12:00	13:00	17:00			
02	08:00	12:00	13:00	17:00			
03	08:00	12:00	13:00	17:00			
04	08:00	12:00	13:00	17:00			
05		Sab.					
06		Dom.					
07	08:00	12:00	13:00	17:00			
08	08:00	12:00	13:00	17:00			
09	08:00	12:00	13:00	17:00			
10	08:00	12:00	13:00	17:00			
11	08:00	12:00	13:00	17:00			
12		Sab.					
13		Dom.					
14	08:00	12:00	13:00	17:00			
15	08:00	12:00	13:00	17:00			
16	08:00	12:00	13:00	17:00			
17	08:00	12:00	13:00	17:00			
18	08:00	12:00	13:00	17:00			
19		Sab.					
20		Dom.					
21		Atestado					
22		Atestado					
23		Atestado					
24		Atestado					
25		Atestado					
26		Sab.					
27		Dom.					
28		Atestado					
29							
30							

RESUMO GERAL				VISTO DA FISCALIZAÇÃO	
+		Dias / Horas Normais	R\$		
+		H. Extras / Adicionais (Verso)	R\$		
(-)		Faltas no Mês	R\$		
=		Sub-Total / Base de Cálculo	R\$		
(-)		% INSS	R\$		
(-)		Outros Descontos (Verso)	R\$		
+		Salário Família	R\$		
Total Líquido a Receber			R\$		

ATESTADO MÉDICO

Atesto que o(a) Sr(a) Cynthia Faura de Oliveira portador da Carteira Profissional nº _____ e Carteira de Identidade nº _____

Não apresenta ao exame clínico de rotina realizado nesta data sinais de doença infeeto-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 atesta do 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 (um) dias, a partir de 21 / Out / 2022 por motivo de doença CID. B34.2 (a pedido do paciente). (Este atestado é válido para 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 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:

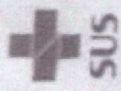
21. 02. 2022

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL:

[Handwritten signature]

Dra Francielly L. Severiano
CRM nº 74537
CONTAGEM - 480563

[Handwritten signature]



TESTE RÁPIDO QUALITATIVO PARA PESQUISA DE ANTÍGENOS DO VÍRUS SARS-COV-2

NOME DO USUÁRIO: Renata

10.326056 / 18 NASCIMENTO: 23/11/92 SEXO: F () M () X

Comunidade Escolar? Sim Não
sim, nome da Escola: _____

Metodologia: Imunocromatografia rápida
Sonda: Swab Nasofaríngeo 17/02/20

Indicador dos primeiros sintomas: _____
Reagente? Sim Não Reagente
Referência: Não Reagente

Responsável pela execução do teste: _____
Assinatura / Carimbo: [Assinatura]
Data de execução/liberação do resultado: 21/02/20

Os testes rápidos de antígeno podem ser usados para o diagnóstico na fase aguda da doença (geralmente recomendado do 1º ao 7º dia após início dos sintomas). Ref: Manual Técnico da COVID-19 - versão 4 (Abril/2021) SES/MG.

Resultados negativos devem ser analisados em conjunto com fatores adicionais do paciente, como histórico de exposição à COVID-19, sintomas clínicos, resultados de testes adicionais para confirmar o diagnóstico do paciente. Ref: Manual do diagnóstico da COVID-19 - versão 4 (Abril/2021) SES/MG.

Os testes rápidos de antígeno podem ser usados para o diagnóstico na fase aguda da doença (geralmente recomendado do 1º ao 7º dia após início dos sintomas). Ref: Manual Técnico da COVID-19 - versão 4 (Abril/2021) SES/MG.

[Assinatura]

ATESTADO MÉDICO

Atesto que o(a) Sr(a) Renata Pereira de Oliveira
portador da Carteira Profissional nº _____
e Carteira de Identidade nº _____

Não apresenta ao exame clínico de rotina realizado nesta data sinais de doença infecciosa, 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 do não é válido como exame admissional, demissional ou periódico para fins de legislação de 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 dia(s), a partir de 21/02/2020 por motivo de doença CID: S34.2 (Este atestado é válido para 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 _____

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

UNIDADE DE SAÚDE

DATA: 21.02.2020

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL
[Assinatura]
Dra Francielly L. Severiano
CRM nº 74537

**Comprovante de transferência entre contas da CAIXA - TEV**

Via Internet Banking CAIXA

Emitente:	INST DES ARCA DA ALIANÇA
Conta origem:	0893 003 00001354-5
Conta destino:	0818 013 00000999-6

Nome destinatário:	CYNTHIA PEREIRA DE OLIVEIRA
Valor:	R\$ 1.961,22
Identificação da operação:	CYNTHIA PEREIRA

Data de débito:	02/03/2022
Data/hora da operação:	02/03/2022 09:45:35

Código da operação:	094265491
Chave de segurança:	H7HG8C2UKC1LXJMR

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