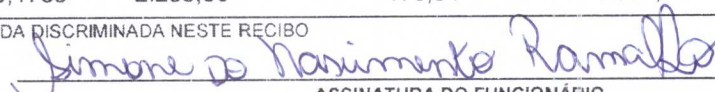


Recibo de Pagamento de Salário

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

Empresa : 00038 INSTITUTO DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL ARCA DA ALIANC Endereço : R VISCONDE DE ITABORAI, 111 Nome : 000286 SIMONE DO NASCIMENTO RAMALHO Cargo : EDUCADORA INFANTIL	CNPJ/CPF/CEI : 08583491000152 Admissão : 03/05/2021 CPF: : 06468567661 Setor/CC : Geral
--	--


Cód.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
001	Salário Base	030,00	2.208,00		
903	INSS Folha			180,54	
			2.208,00	180,54	
			Valor Líquido	2.027,46	
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	1.837,87	
DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE RECIBO					
<u>03/03/22</u> DATA		 ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO			



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): SIMONE DO NASCIMENTO RAMALHO	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			<i>[Signature]</i>
02	08:00	12:01	13:01	17:00			<i>[Signature]</i>
03	08:00	12:00	13:00	17:00			<i>[Signature]</i>
04	08:01	12:00	13:00	17:00			<i>[Signature]</i>
05		Sab.					
06		Dom.					
07	08:00	12:04	13:05	17:01			<i>[Signature]</i>
08	08:05	12:00	13:00	17:04			<i>[Signature]</i>
09	08:00	12:01	13:01	17:03			<i>[Signature]</i>
10	08:01	12:00	13:00	17:00			<i>[Signature]</i>
11	08:00	12:00	13:01	17:00			<i>[Signature]</i>
12		Sab.					
13		Dom.					
14	08:00	12:00	13:01	17:00			<i>[Signature]</i>
15	08:00	12:00	13:02	17:00			<i>[Signature]</i>
16	08:00	12:01	13:01	17:00			<i>[Signature]</i>
17	08:00	12:04	13:05	17:00			<i>[Signature]</i>
18	Atestado						
19		Sab.					
20		Dom.					
21	08:00	12:00	13:01	17:03			<i>[Signature]</i>
22	08:00	12:00	13:00	17:01			<i>[Signature]</i>
23	08:00	12:00	13:00	17:00			<i>[Signature]</i>
24	08:00	12:00	13:00	17:00			<i>[Signature]</i>
25	08:00	12:00	13:00	17:01			<i>[Signature]</i>
26		Sab.					
27		Dom.					
28		Recesso					
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\$		



Prefeitura Municipal de Contagem
Secretaria Municipal de Saúde



ATESTADO MÉDICO

Atesto que o(a) Sr(a) Simone do Nascimento Ramalho
portador da Carteira Profissional nº _____
e Carteira de Identidade nº 064.685.676-61

Não apresenta ao exame clínico de rotina realizado nesta data sinais de doença 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 (um) dias, a partir de 18/02/22 por motivo de doença CID. _____ (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:

UBS Amazona

DATA:

18/02/22

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL:

[Assinatura]

Dra. Isabella S. Campos
Médica
CRM_{MG} 87684
CONTROLE 9161155

200
[Assinatura]

**Comprovante de agendamento 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:	1639 001 00038150-6

Nome destinatário:	SIMONE DO NASCIMENTO RAMALHO
Valor:	R\$ 2.027,46
Identificação da operação:	SIMONE

Data de débito:	03/03/2022
------------------------	------------

Código da operação:	016195444
Chave de segurança:	RZUSMU31FHM3G5UY

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