



TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

Conta origem: 0893 / 003 / 00000287-0

Conta destino: 0893 / 013 / 00249467-0

Nome destinatário: GLEICE CONCEICAO SILVA

Quantidade de vezes:

Valor: R\$ 1.849,00

Data de débito: 11/08/2020

Data/hora da operação: 11/08/2020 15:48:18

Código da operação: 010701

Chave de segurança: 5RUUU7RXE64RFLFX

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

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


03484 CASA DE APOIO A CRIANÇA CARENTE DE CONTAC **Demonstrativo de Pagamento de Salário**
 DAS PAINEIRAS, 1448 00.211.504/0001-50
 julho-20 SERVIÇO DE CONVIVENCIA Orientador Social

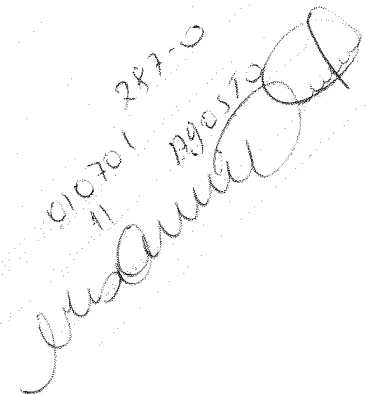
001937 GLEICE DA CONCEIÇÃO SILVA CPF: 03340959641

Cód.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
001	Salario Base	030,00	2.165,10		
999	Arredondamento no Mes		0,47		
681	Seguro			4,48	
604	Desc Vale Transporte			129,91	
610	Desc Arredondamento Mes Anterior			0,74	
903	INSS Folha			181,44	
Atestado de 01/07/2020 até 09/07/2020 (066:00)			2.165,57	316,57	
			Valor Líquido	1.849,00	
Saldo Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F. G. T. S do mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.165,10	2.165,10 8,3802	2.165,10	173,20	1.794,07	

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE RECIBO

11/08/20
 DATA


 ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO

010701 287-0
 11 09/07/20


FOLHA DE PONTO

PERÍODO: **JULHO/2020**

EMPRESA: CASA DE APOIO A CRIANÇA CARENTE DE CONTAGEM CNPJ: 00.211.504/0001-50
 ENDEREÇO: DAS PAINEIRAS, 1448 ELDORADO - Contagem - MG - CEP: 32310-400

FUNCIONÁRIO GLEICE DA CONCEIÇÃO SILVA (001937) FUNÇÃO: Orientador Social
 ADMISSÃO: 06/11/2019 CTPS: 00012032/00092-MG

JORNADA ENTRADA: 08:00 SAÍDA: 17:00 Departamento SERVIÇO DE CONVIVENCIA

DIA	HORA DE ENTRADA	INTERVALO		HORA DA SAÍDA	ASSINATURA DO EMPREGADO
		SAÍDA	ENTRADA		
1 qua					
2 qui					
3 sex					
4 sáb					
5 dom					
6 seg					
7 ter					
8 qua					
9 qui					
10 sex	08:59	12:01	12:15	15:01	
11 sáb					
12 dom					
13 seg	08:59	12:03	12:15	15:01	
14 ter	09:00	12:02	12:16	15:02	
15 qua	09:01	12:01	12:17	15:03	Home office
16 qui	09:02	12:00	12:15	15:00	Home office
17 sex	09:03	12:01	12:16	15:01	Home office
18 sáb					
19 dom					
20 seg	09:03	12:01	12:16	15:01	
21 ter	09:02	12:00	12:15	15:02	
22 qua	09:00	12:02	12:17	15:03	
23 qui	09:01	12:03	12:15	15:01	Home office
24 sex	09:02	12:01	12:16	15:02	Home office
25 sáb					
26 dom					
27 seg	09:03	12:00	12:15	15:03	
28 ter	09:00	12:03	12:16	15:02	
29 qua	09:01	12:02	12:17	15:01	Home office
30 qui	09:02	12:01	12:15	15:00	Home office
31 sex	09:03	12:00	12:16	15:01	Home office

OBSERVAÇÕES:



ATESTADO MÉDICO

Atesto que o(a) Sr.(a) Glaucia da Conceicao Ab
 portador(a) 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 sentidos ou vícios de conformação física. Durante a entrevista não evidenciou sinais de déficit ou doenças neuro-psiquiátricas. (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 de 29/12/94 do Ministério do Trabalho).

Compareceu nesta data para consulta/exame tendo permanecido nesta unidade no período de _____ às _____ horas

Necessita permanecer afastado do trabalho por 07 (sete) dias, a partir de 07/07/20 por motivo de doença 1069 (a pedido do cliente). (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 por um período de _____ dias, a partir de _____ / _____ / _____ conforme o dispositivo no inciso XVII, art 7º, capítulo II, título II da Constituição Federal de 05/10-1988. (Licença Maternidade)

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

UNIDADE DE SAÚDE	
DATA <u>07/07/20</u>	ASSINATURA / CARIMBO <u>Dr. CARINEGA BOLA COSTA</u> <u>58431</u> DENTOLÓGICO CRM / CRO