



TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

Conta origem: 0893 / 003 / 00000287-0

Conta destino: 0893 / 013 / 00248967-6

Nome destinatário: CECILIA GONCALVES SILVA FRANCA

Quantidade de vezes:

Valor: R\$ 999,00

Data de débito: 04/08/2021

Data/hora da operação: 04/08/2021 06:35:23

Código da operação: 000227

Chave de segurança: AC1Y7NU90QA1TPLZ

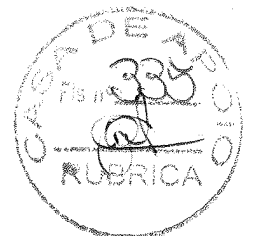
Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

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 CRIANCA CARENTE DE CONTAG DAS PAINEIRAS, 1448 00.211.504/0001-50 **Demonstrativo de Pagamento de Salário**
 julho-21 SERVIÇO DE CONVIVENCIA AUXILIAR ADMINISTRATIVO I

001982 CECILIA GONCALVES DA SILVA FRANCA CPF: 75904853653

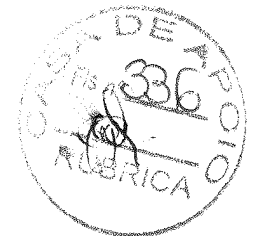
Jód.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
001	Salario Base	030,00	1.250,36	
999	Arredondamento no Mes		0,56	
681	Seguro			4,62
683	DESCONTO AUXILIO SAUDE			32,00
604	Desc Vale Transporte			75,02
610	Desc Arredondamento Mes Anterior			0,75
697	Desc Plano odontologico - Mens.			43,50
903	INSS Folha			96,03

			1.250,92	251,92
			Valor Liquido	999,00

Saldo Base	Sal. Contri. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.250,36	1.250,36 7,6801	1.250,36	100,02	775,15	

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE RECIBO
 04/08/21 DATA _____ ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO _____

Certificamos que o Material Ser Aloc
 Prestado em perfeit. - Condiçõs.
 pela Conta: 336-0
 Cl. 999-0 Área Conta de 2007
 Contagem de 06/05/20
 Assinatura



FOLHA DE PONTO

PERÍODO: 01/07/2021 a 31/07/2021

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

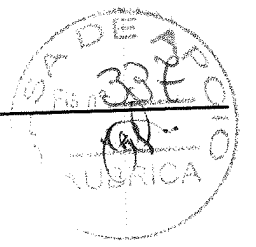
FUNCIONÁRIO CECILIA GONCALVES DA SILVA FRANCA
 ADMISSÃO: 03/02/2021 CTPS: 04332823/00050-MG

FUNÇÃO: AUXILIAR ADMINISTRATIVO I

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 qui	8:00	12:00	13:00	17:00	[Assinatura]
2 sex	8:00	12:00	13:00	17:00	[Assinatura]
3 sáb					-
4 dom					-
5 seg	8:00	12:00	13:00	17:00	[Assinatura]
6 ter	8:00	12:00	13:00	17:00	[Assinatura]
7 qua	8:00	12:00	13:00	17:00	[Assinatura]
8 qui	8:00	12:00	13:00	17:00	[Assinatura]
9 sex	8:00	12:00	13:00	17:00	[Assinatura]
10 sáb					-
11 dom					-
12 seg	8:00	12:00	13:00	17:00	[Assinatura]
13 ter	8:00	12:00	13:00	17:00	[Assinatura]
14 qua	8:00	12:00	13:00	17:00	[Assinatura]
15 qui	8:00	12:00	13:00	17:00	[Assinatura]
16 sex	8:00	12:00	13:00	17:00	[Assinatura]
17 sáb					-
18 dom					-
19 seg	8:00	12:00	13:00	17:00	[Assinatura]
20 ter	8:00	12:00	13:00	17:00	[Assinatura]
21 qua	8:00	12:00	13:00	17:00	[Assinatura]
22 qui	8:00	12:00	13:00	17:00	[Assinatura]
23 sex	8:00	12:00	13:00	17:00	[Assinatura]
24 sáb	8:00	12:00	13:00	17:00	[Assinatura]
25 dom	8:00	12:00	13:00	17:00	[Assinatura]
26 seg	8:00	12:00	13:00	17:00	[Assinatura]
27 ter	8:00	12:00	13:00	17:00	[Assinatura]
28 qua	8:00	12:00	13:00	17:00	[Assinatura]
29 qui	8:00	12:00	13:00	17:00	[Assinatura]
30 sex	8:00	12:00	13:00	17:00	[Assinatura]
31 sáb					-

OBSERVAÇÕES:



Atesto para os devidos fins, que o (a) paciente

Lucília Gonçalves da Silva Franca

esteve sob meus cuidados odontológicos no período

de 09 : 00 às 11 : 10.

Contagem, 21 de Julho de 2021.

Dr. Bruno César Oliveira

Cirurgião Dentista

CRO-MG 46419

B. O.

Cirurgião (a) Dentista





ATESTADO MÉDICO

Atesto que o(a) Sr(a) Celso Genesilva de Silva
portador da Carteira Profissional nº _____
e Carteira de Identidade nº MG-4.919.882

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 19:00 às 16:00 horas. Realizado avaliação

Clínica Ginecológica, Gostu De Mulher
Necessita permanecer afastado do trabalho por _____ (_____) dias, a partir de ____/____/____ 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).

EQUIPE Nº 12
OBS.: Este atestado perderá o valor em caso de rasura e de preenchimento de mais de um campo.

UNIDADE DE SAÚDE: **PSE IPÊ AMARELO**

DISTRITO DE NOVA CONTAGEM

DATA: <u>21/07/2021</u>	ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL: <u>Wilson Oliveira Silva</u> Enfermeiro COREN-MG 259043
----------------------------	---

