



TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

Conta origem: 0893 / 003 / 00000287-0

Conta destino: 2940 / 013 / 00004696-3

Nome destinatário: ANGELA MARIA DA SILVA GOMES

Quantidade de vezes:

Valor: R\$ 2.065,00

Data de débito: 04/02/2021

Data/hora da operação: 04/02/2021 06:35:15

Código da operação: 000499

Chave de segurança: UR3KF6P8QMY7PHWA

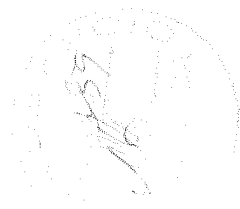
Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

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		Demonstrativo de Pagamento de Salário			
01/01/2021 a 31/01/2021		SERVIÇO DE CONVIVENCIA	00.211.504/0001-50		
001931 ANGELA MARIA DA SILVA			Orientador Social		
Cód.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
001	Salario Base	030,00	2.273,36		
999	Arredondamento no Mes		0,11		
681	Seguro			4,62	
610	Desc Arredondamento Mes Anterior			0,22	
903	INSS Folha			190,19	
914	IRRF Folha			13,44	
Atestado de 05/01/2021 até 13/01/2021 (066:00)			2.273,47	208,47	
			Valor Liquido	2.065,00	
Saldo Base	Sal. Contr. INSS	Base Cal. FGTS	F.G.T.S do mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
2.273,36	2.273,36	8,37	2.273,36	181,86	2.083,17
DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE RECIBO					
04/02/21		Angela Maria da Silva			
DATA		ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO			

Certificamos que o Material/Serviço constante deste documento foi Recebido. Prestado em perfeitas condições.
 Pago pela Conta:
 Cheque:
 Contragem. de de 20...
 Assinatura

24/2/2021

FOLHA DE PONTO

PERÍODO: JANEIRO/2021

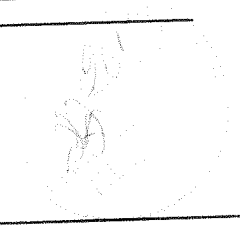
EMPRESA: CASA DE APOIO A CRIANÇA CARENTE DE CONTAGEM CNPJ: 00.211.504/0001-50
 ENDEREÇO: DAS PAINEIRAS, 1448 ELDORADO - Contagem - MG - CEP: 32310-400

FUNCIONÁRIO ANGELA MARIA DA SILVA (001931) FUNÇÃO: Orientador Social
 ADMISSÃO: 16/10/2019 CTPS: 00008643/00021-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 sex					Fimado
2 sáb	-	-	-	-	-
3 dom	-	-	-	-	-
4 seg	08:00	12:05	13:00	17:00	Angela Maria da Silva
5 ter					Angela Maria da Silva
6 qua					Angela Maria da Silva
7 qui					Angela Maria da Silva
8 sex					Angela Maria da Silva
9 sáb	-	-	-	-	-
10 dom	-	-	-	-	-
11 seg					Angela Maria da Silva
12 ter					Angela Maria da Silva
13 qua					Angela Maria da Silva
14 qui	08:00	12:05	13:00	17:00	Angela Maria da Silva
15 sex	08:00	12:00	13:00	17:00	Angela Maria da Silva
16 sáb	-	-	-	-	-
17 dom	-	-	-	-	-
18 seg	08:00	12:05	13:00	17:00	Angela Maria da Silva
19 ter	08:00	12:15	13:05	17:00	Angela Maria da Silva
20 qua	08:00	12:00	13:00	17:00	Angela Maria da Silva
21 qui	08:00	12:10	13:00	17:00	Angela Maria da Silva
22 sex	08:00	12:08	13:05	17:00	Angela Maria da Silva
23 sáb	-	-	-	-	-
24 dom	-	-	-	-	-
25 seg	08:00	12:00	13:00	17:00	Angela Maria da Silva
26 ter	08:00	12:05	13:00	17:00	Angela Maria da Silva
27 qua	08:00	12:00	13:00	17:00	Angela Maria da Silva
28 qui	08:00	12:00	13:00	17:00	Angela Maria da Silva
29 sex	08:00	12:08	13:00	17:00	Angela Maria da Silva
30 sáb	-	-	-	-	-
31 dom	-	-	-	-	-

OBSERVAÇÕES:





Prefeitura Municipal de Contagem
Secretaria Municipal de Saúde



ATESTADO MÉDICO

Atesto que o(a) Sr(a) Angela Maria da Silva
portador da Carteira Profissional nº _____
e Carteira de Identidade nº M-3 088-581

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 09 (Nove) dias, a partir de 05/01/21 por motivo de doença CID. J069 (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:

05.01.21

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

