

TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

Conta origem: 0893 / 003 / 00000223-3

Conta destino: 0893 / 001 / 00034589-4

Nome destinatário: THAIS SANTOS DA SILVA

Quantidade de vezes:

Valor: R\$ 2.066,00

Data de débito: 03/02/2022

Data/hora da operação: 03/02/2022 06:35:50

Código da operação: 000121

Chave de segurança: RJZ4JT7955EJVAW7

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

Alô CAIXA: 0800 104 0104



03484 CASA DE APOIO A CRIANÇA CARENTE DE CONTAG
 DAS PAINEIRAS, 1448
 janeiro-22

Demonstrativo de Pagamento de Salário
 00.211.504/0001-50
 Auxiliar Financeiro

COLEGIO BATISTA

002003 THAIS SANTOS DA SILVA COSTA

CPF: 12155646607

Cód.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
001	Salario Base	030,00	2.352,49		
999	Arredondamento no Mes		0,39		
681	Seguro			4,90	
683	DESCONTO AUXILIO SAUDE			35,00	
610	Desc Arredondamento Mes Anterior			0,38	
697	Desc Plano odontologico - Mens.			33,94	
903	INSS Folha			193,54	
914	IRRF Folha			19,12	
			2.352,88	286,88	
			Valor Líquido	2.066,00	
Saldo Base	Sal. Contri. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.352,49	2.352,49	8,2270	2.352,49	188,19	2.158,95

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE RECIBO

03/02/22
 DATA

[Assinatura]
 ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO

Certificamos que o Manutenção/Service
 constante deste documento foi Recebido/
 Prestado em perfeitas condições.

Pago pela Conta: 223.3

Cheque: 000121 Área/Conta.....

Contagem: 03 de fevereiro de 2022

[Assinatura]
 12.304654 Assinatura



FOLHA DE PONTO

PERÍODO: 01/01/2022 a 31/01/2022

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

FUNÇÃO: Auxiliar Financeiro
 FUNCIONÁRIO THAIS SANTOS DA SILVA COSTA
 ADMISSÃO: 11/05/2021 CTPS: 07623443/00050-MG

JORNADA ENTRADA: 08:00 SAÍDA: 17:00 Departamento COLEGIO BATISTA

DIA	HORA DE ENTRADA	INTERVALO		HORA DA SAÍDA	ASSINATURA DO EMPREGADO
		SAÍDA	ENTRADA		
1 sáb					
2 dom					
3 seg	08:00	13:30	14:30	17:00	Thais
4 ter	08:00	13:30	14:30	17:00	Thais
5 qua	08:00	13:30	14:30	17:00	Thais
6 qui	08:00	13:30	14:30	17:00	Thais
7 sex	08:00	13:30	14:30	17:00	Thais
8 sáb					
9 dom					
10 seg	08:00	13:30	14:30	17:00	Thais
11 ter	08:00	13:50	14:50	17:00	Thais
12 qua	10:10	13:30	14:30	17:00	Thais
13 qui	08:00	13:40	14:40	17:00	Thais
14 sex	08:00	13:30	14:30	17:00	Thais
15 sáb					
16 dom					
17 seg	08:00	13:30	14:30	17:00	Thais
18 ter	08:00	13:40	14:40	17:00	Thais
19 qua	08:00	13:30	14:30	17:00	Thais
20 qui	08:00	13:30	14:30	17:00	Thais
21 sex	08:00	13:35	14:35	17:00	Thais
22 sáb					
23 dom					
24 seg	08:00	13:40	14:40	17:00	Thais
25 ter	08:00	13:30	14:30	17:00	Thais
26 qua	08:00	13:30	14:30	17:00	Thais
27 qui	08:00	13:30	14:30	17:00	Thais
28 sex	10:40	13:40	14:40	17:00	Thais
29 sáb					
30 dom					
31 seg	08:00	13:30	14:30	17:00	Thais

OBSERVAÇÕES:



[Handwritten signature]

UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

SECRETÁRIO
ENFERMEIRAS PALMEIRAS, 181
NOVO REPOZ - ZEMERALDAS - MG
CEP 35740-000 - TELEFONE: 3529/9035



ATESTADO

Atesto que o(a) Sr(a) Ther. S. do Silva Costa

Portador 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 dos sentidos ou vícios de conformação física. Durante a entrevista não evidenciou sinais de déficit ou doença neuro - psiquiátrica. (Este atestado não é valido 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 08.00 às 10.00 horas. Costa

Necessita permanecer afastado do trabalho por _____ (_____) dias, a partir de ___/___/___ por motivo de doença CID: _____ (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 no período de _____ (_____) dias, a partir de ___/___/___ conforme o disposto no inciso XVII, art 7º, capítulo II, título II da Constituição Federal 05/10/1988. (Licença Maternidade).

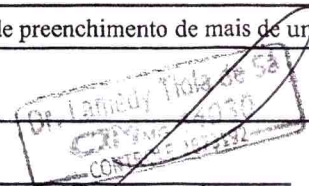
OBS: Este atestado perderá o valor em caso de rasura e de preenchimento de mais de um campo.

UNIDADE DE SAÚDE

DATA

12/01/20

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL



DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO

Declaro para os devidos fins que Thais Santos da S. Costa,
portador da CI: mg-18.330.992 compareceu ao Laboratório de
Análises Clínicas Silveira & Reis Ltda. para coleta e realização de exames
no dia 28 de Janeiro de 2022 durante o período das
07.00 h às 10.00 h.

08 470 500/0001-07
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS
SILVEIRA & REIS LTDA.
Rua Barão de Coromandel, 105 - Loja 02
B. BARREIRO - CEP 30640-060
BELO HORIZONTE - MG

Belo Horizonte, 28 de Janeiro de 2022.

LABORATORIO REIS

