



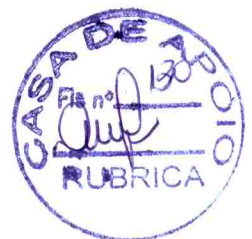
TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

Conta origem:	0893 / 003 / 00000223-3
Conta destino:	0893 / 013 / 00074029-0
Nome destinatário:	CLEA MARIA DE SOUZA
Quantidade de vezes:	
Valor:	R\$ 1.194,00
Data de débito:	05/07/2021
Data/hora da operação:	05/07/2021 07:21:39
Código da operação:	000895
Chave de segurança:	952X1T6KN15R0SLE

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 CONTAG DAS PAINEIRAS, 1448
 junho-21 COLEGIO BATISTA

Demonstrativo de Pagamento de Salário

00.211.504/0001-50

Recepcionista

001996 CLEA MARIA DE SOUZA

CPF: 84305681668

Cód.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
001	Salario Base	030,00	1.299,06		
999	Arredondamento no Mes		0,50		
681	Seguro			4,62	
610	Desc Arredondamento Mes Anterior			0,53	
903	INSS Folha			100,41	
Atestado de 28/06/2021 até 11/07/2021 (022:00)			1.299,56	105,56	
			Valor Líquido	1.194,00	
Saldo Base	Sal. Contri. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.299,06	1.299,06	7,7294	1.299,06	103,92	1.198,65

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE RECIBO

05/07/21
 DATA

Clea Maria de Souza
 ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO

Certificamos que o Material/Serviço constante deste documento foi recebido/Prestado em perfeitas condições. Pago pela Conta: 888-333-3333 de 7/2021 de 2021. Cheque: 888-333-3333 de 7/2021 de 2021. Contagem: 888-333-3333 Assinatura: [assinatura]



FOLHA DE PONTO

PERÍODO: 01/06/2021 a 30/06/2021

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 CLEA MARIA DE SOUZA FUNÇÃO: Recepcionista
 ADMISSÃO: 11/05/2021 CTPS: 9302766/00050-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 ter	8:00	12:00	13:00	17:00	Clema
2 qua	8:00	12:00	13:00	17:00	Clema
3 qui					
4 sex	8:00	12:00	13:00	17:00	Clema
5 sáb					
6 dom					
7 seg	8:00	12:00	13:00	17:00	Clema
8 ter	8:00	12:00	13:00	17:00	Clema
9 qua	8:00	12:00	13:00	17:00	Clema
10 qui	8:00	12:00	13:00	17:00	Clema
11 sex	8:00	12:00	13:00	17:00	Clema
12 sáb					
13 dom					
14 seg	8:00	12:00	13:00	17:00	Clema
15 ter	8:00	12:00	13:00	17:00	Clema
16 qua	8:00	12:00	13:00	17:00	Clema
17 qui	8:00	12:00	13:00	17:00	Clema
18 sex	8:00	12:00	13:00	17:00	Clema
19 sáb					
20 dom					
21 seg	8:00	12:00	13:00	17:00	Clema
22 ter	8:00	12:00	13:00	17:00	Clema
23 qua	8:00	12:00	13:00	17:00	Clema
24 qui	8:00	12:00	13:00	17:00	Clema
25 sex	8:00	12:00	13:00	17:00	Clema
26 sáb					
27 dom					
28 seg					
29 ter					
30 qua					

OBSERVAÇÕES:





ATESTADO MÉDICO

Atesto que o(a) Sr(a) Clia Maria de Souza
portador da Carteira Profissional nº _____
e Carteira de Identidade nº _____

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 14 dias, a partir de 28/06/21 por motivo de doença CID. J11 (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 DA FAMÍLIA
ESTALEIRO

Renan P.L. Andrade
MÉDICO
CRM-MG 64640

DATA: 28/06/21

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

