



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: 05/08/2021

Data/hora da operação: 05/08/2021 17:44:25

Código da operação: 023335

Chave de segurança: ZTC0XLLGA03UV073

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 **Demonstrativo de Pagamento de Salário**
 DAS PAINEIRAS, 1448 00.211.504/0001-50
 julho-21 COLEGIO BATISTA 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		0,47		
681	Seguro			4,62	
610	Desc Arredondamento Mes Anterior			0,50	
903	INSS Folha			100,41	
Atestado de 28/06/2021 até 11/07/2021 (080:40)			1.299,53	105,53	
			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

05/08/21
DATA

[Handwritten Signature]
ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO

Certificamos que o valor pago/service
 constante deste documento foi Recebido/
 Prestado em perfeitas condições.
 Pago pela Conta: 23335 Área/Conta: 2333
 Cheque: 23335 de Agosto de 2021
 Contagem de Agosto de 2021
[Handwritten Signature]
 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 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 qui					
2 sex					
3 sáb					
4 dom					
5 seg					
6 ter					
7 qua					
8 qui					
9 sex					
10 sáb					
11 dom					
12 seg	8:00	12:00	13:00	17:00	Clea Maria de Souza
13 ter	8:00	12:00	13:00	17:00	Clea Maria de Souza
14 qua	8:00	12:00	13:00	17:00	Clea Maria de Souza
15 qui	8:00	12:00	13:00	17:00	Clea Maria de Souza
16 sex	8:00	12:00	13:00	17:00	Clea Maria de Souza
17 sáb					
18 dom					
19 seg	8:00	12:00	13:00	17:00	Clea Maria de Souza
20 ter	8:00	12:00	13:00	17:00	Clea Maria de Souza
21 qua	8:00	12:00	13:00	17:00	Clea Maria de Souza
22 qui	8:00	12:00	13:00	17:00	Clea Maria de Souza
23 sex	8:00	12:00	13:00	17:00	Clea Maria de Souza
24 sáb					
25 dom					
26 seg	10:00	12:00	13:00	17:00	Clea Maria de Souza
27 ter	8:00	12:00	13:00	17:00	Clea Maria de Souza
28 qua	8:00	12:00	13:00	17:00	Clea Maria de Souza
29 qui	8:00	12:00	13:00	17:00	Clea Maria de Souza
30 sex					
31 sáb					

OBSERVAÇÕES:



ATESTADO MÉDICO

Atesto que o(a) Sr(a) Claudia 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 infeeto-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 do 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 09:00 às 10:00 horas.

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).

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

UNIDADE DE SAÚDE:

UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA
ESTALEIRO

DATA:

20/07/21

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL:

Dr. João P.L. Andrade
MÉDICO
CRM-MG: 64640





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.

Precisa 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

