



64

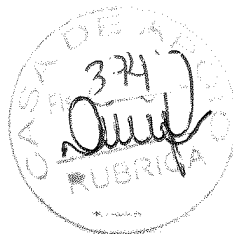
TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

Conta origem:	0893 / 003 / 00000223-3
Conta destino:	1529 / 1288 / 000768741171-5
Nome destinatário:	SORAIA CRUZ MIRANDA LIMA
Quantidade de vezes:	
Valor:	R\$ 1.139,00
Data de débito:	03/02/2022
Data/hora da operação:	03/02/2022 05:01:58
Código da operação:	030501
Chave de segurança:	R9M8QHYQ3XSHT230

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 CRIANCA CARENTE DE CONTAC
 DAS PAINEIRAS, 1448
 janeiro-22

Demonstrativo de Pagamento de Salário
 00.211.504/0001-50
 Auxiliar de Servicos Gerais

COLEGIO BATISTA

001874 SORAIA CRUZ MIRANDA LIMA

CPF: 93664478649

Cód.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
001	Salario Base	030,00	1.256,60	
999	Arredondamento no Mes		0,11	
681	Seguro			4,90
610	Desc Arredondamento Mes Anterior			0,93
697	Desc Plano odontologico - Mens.			16,97
903	INSS Folha			94,91
			1.256,71	117,71
			Valor Líquido	1.139,00

Saldo Base	Sal. Contrib. INSS	Base Calc. FGTS	F.G.T.S do mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.256,60	1.256,60 7,5529	1.256,60	100,52	972,10	

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE RECIBO

03/02/22
 DATA

Soraia Cruz Miranda Lima
 ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO

Certificamos que o Material/Serviço
 constante deste documento foi recebido
 Prestado em perfeitas condições.
 Pago pela Conta: 0233
 Cheque 030501 Área/Conta
 Contagem 03 de Fevereiro de 2022
[Assinatura]
 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

FUNCIÓNÁRIO SORAIA CRUZ MIRANDA LIMA

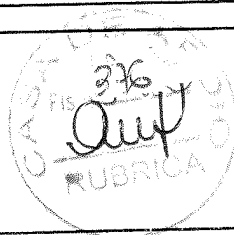
FUNÇÃO: Auxiliar de Servicos Gerais

ADMISSÃO: 01/02/2019 CTPS: 0031680/00159-MG

JORNADA ENTRADA: 07:30 SAÍDA: 17:30 Departamento COLEGIO BATISTA

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

OBSERVAÇÕES:



[Handwritten signature]



Prefeitura Municipal de Contagem
Secretaria Municipal de Saúde



ATESTADO MÉDICO

Atesto que o(a) Sr(a) Soraia Cruz Miranda Lima
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 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 01 (UM) dias, a partir de 05/01/22 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:

PSF NOVA CONTAGEM I
EQUIPE 07
DISTRITO VARGEM DAS FLORES

DATA:

05/01/22

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL:

Leonardo F. Brandão
RMS 3101915/MG



SSA CONTAGEM

44.025.407/0001-49

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o(a) Sr(a) **SORAIA CRUZ MIRANDA LIMA**, portador da carteira de identidade nº MG7896908, compareceu à **UVF - CLINICA MÉDICA** e necessita permanecer afastado do trabalho por **02** dias, a partir desta data por motivo de doença.

CID: J11

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.

Contagem, 19 de janeiro de 2022.



Magna Maria de Souza

CRM 90208

SORAIA CRUZ MIRANDA LIMA

