



TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

Conta origem: 0893 / 003 / 00000223-3

Conta destino: 3880 / 1288 / 000912832557-0

Nome destinatário: CRISTIENIE OLIVEIRA DE D. SILVA

Quantidade de vezes:

Valor: R\$ 1.788,00

Data de débito: 06/08/2021

Data/hora da operação: 06/08/2021 15:06:59

Código da operação: 061506

Chave de segurança: 8NA19TNLU3LPQYCT

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 CONTAC **Demonstrativo de Pagamento de Salário**
 DAS PAINEIRAS, 1448 00.211.504/0001-50
 julho-21 COLEGIO BATISTA Auxiliar de Departamento Pessoal

001998 CRISTIEINE OLIVEIRA DE DEUS SILVA CPF: 03371083667

Cód.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
001	Salario Base	030,00	2.002,72	
999	Arredondamento no Mes		0,91	
681	Seguro			4,62
683	DESCONTO AUXILIO SAUDE			32,00
610	Desc Arredondamento Mes Anterior			0,77
697	Desc Plano odontologico - Mens.			14,50
903	INSS Folha			163,74

Atestado de 20/07/2021 até 27/07/2021 (058:40)				
Atestado de 27/07/2021 até 02/08/2021 (029:20)			2.003,63	215,63
			Valor Líquido	1.788,00

Saldo Base	Sal. Contri. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.002,72	2.002,72 8,1758	2.002,72	160,21	1.649,39	

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE RECIBO
 06/08/21 _____
 DATA ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO

Certificamos que o material/serviço constante deste documento foi recebido/ Prestado em perfectas condições. Pago pela Conta: 223-3 Area/Conta: Assinatura de 20/21 Contagem de 06/08/21



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

FUNÇÃO: Auxiliar de Departamento Pessoal
FUNCIÓNÁRIO CRISTIENIE OLIVEIRA DE DEUS SILVA
ADMISSÃO: 11/05/2021 **CTPS:** 09302762/00050-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	08:00	12:10	13:10	17:00	<i>[Handwritten Signature]</i>
2 sex	08:00	12:05	13:05	17:00	<i>[Handwritten Signature]</i>
3 sáb					
4 dom					
5 seg	08:00	12:15	13:15	17:00	<i>[Handwritten Signature]</i>
6 ter	08:00	12:47	13:47	17:00	<i>[Handwritten Signature]</i>
7 qua	08:02	12:58	13:58	17:02	<i>[Handwritten Signature]</i>
8 qui	08:00	12:34	13:34	17:00	<i>[Handwritten Signature]</i>
9 sex	08:00	12:48	13:48	17:00	<i>[Handwritten Signature]</i>
10 sáb					
11 dom					
12 seg	08:00	12:15	13:15	17:00	<i>[Handwritten Signature]</i>
13 ter	08:00	12:47	13:47	17:00	<i>[Handwritten Signature]</i>
14 qua	08:00	12:02	13:02	17:00	<i>[Handwritten Signature]</i>
15 qui	08:00	12:00	13:00	17:00	<i>[Handwritten Signature]</i>
16 sex	08:00	12:47	13:47	17:00	<i>[Handwritten Signature]</i>
17 sáb					
18 dom					
19 seg	08:02	12:35	13:35	17:02	<i>[Handwritten Signature]</i>
20 ter	Atestado				
21 qua					
22 qui					
23 sex					
24 sáb					
25 dom					
26 seg					
27 ter					
28 qua					
29 qui					
30 sex					
31 sáb					

OBSERVAÇÕES:



**ATESTADO****SUS**

Atestado que o(a) Sr(a): Cristianie Oliveira de Deus
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 ____ às ____ horas

Necessita permanecer afastado do trabalho por 8 (oito) dias, a partir de 20/07/21 por motivo de doença CID: 560.2 (a pedido do cliente).

(Este atestado é valido para finalidade previstas no art. 143 § 1º do Decreto 2172 de 05/03/07 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, 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 SAUDE:

HOSPITAL MUNICIPAL 25 DE MAIO

DATA:

20/07/2021

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

[Handwritten signature]
Dr. Rodolfo ...
Médico de Família e Comunidade
CRM nº ...





ATESTADO



Atestado que o(a) Sr(a): Cristiane Diveria de Deus
Portador da Carteira profissional nº : _____
e Carteira de Identidade nº: _____

Não apresenta ao exame clinico 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 ____ às ____ horas

Necessita permanecer afastado do trabalho por 07 (sete) dias, a partir de 27/07/21 por motivo de doença CID: ____ (a pedido do cliente).
S602. S40.0.

(Este atestado é valido para finalidade previstas no art. 143 § 1º do Decreto 2172 de 05/03/07

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, 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 SAUDE:
HOSPITAL MUNICIPAL 25 DE MAIO



DATA:
27/07/2021

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

