



## TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

<b>Conta origem:</b>	0893 / 003 / 00000223-3
<b>Conta destino:</b>	0893 / 1288 / 000765240725-8

<b>Nome destinatário:</b>	DANIELE TAMYRES ALVES
<b>Quantidade de vezes:</b>	
<b>Valor:</b>	R\$ 1.593,00

<b>Data de débito:</b>	06/04/2022
<b>Data/hora da operação:</b>	06/04/2022 05:03:26

<b>Código da operação:</b>	094115087
<b>Chave de segurança:</b>	EEWT8TQ7ZSK7LYCQ

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 0 104



03484 CASA DE APOIO A CRIANCA CARENTE DE CONTAG  
 DAS PAINEIRAS, 1448  
 01/03/2022 a 31/03/2022

**Demonstrativo de Pagamento de Salário**

00.211.504/0001-50

001997 DANIELE TAMYRES ALVES FILISMINO

CPF: 08653869603

Assistente Administrativo

Cód.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
001	Salario Base	030,00	1.800,18		
999	Arredondamento no Mes		0,41		
681	Seguro			4,90	
610	Desc Arredondamento Mes Anterior			0,86	
697	Desc Plano odontologico - Mens.			58,00	
903	INSS Folha			143,83	
			1.800,59	207,59	
			<b>Valor Líquido</b>	<b>1.593,00</b>	
Saldo Base	Sal. Contri. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.800,18	1.800,18	7,99	1.800,18	144,01	1.277,17

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE RECIBO

06/04/22  
 DATA

*[Handwritten Signature]*

ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO

Certificamos que o Material/Serviço  
 constante deste documento foi Recebido,  
 Prestado em perfeitas condições.  
 Pago pela Conta: 223.3  
 Cheque 9411087 Área/Conta.....  
 Contagem, 06 de Abril de 2022  
*[Handwritten Signature]*  
 00.211.504 Assinatura *[Handwritten Signature]*



# FOLHA DE PONTO

PERÍODO: 01/03/2022 a 31/03/2022

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

FUNCIONÁRIO DANIELE TAMYRES ALVES FILISMINO FUNÇÃO: Assistente Administrativo  
 ADMISSÃO: 11/05/2021 CTPS: 9303164/00050-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	08:00	13:00	14:00	17:00	Auf
2 qua	08:00	13:00	14:00	17:00	Auf
3 qui	08:00	13:00	14:00	17:00	Auf
4 sex	08:00	13:00	14:00	17:00	Auf
5 sáb					
6 dom					
7 seg	08:00	13:30	14:30	17:00	Auf
8 ter	09:53	13:30	14:30	17:00	Auf
9 qua	08:00	13:15	14:15	17:00	Auf
10 qui	08:00	13:30	14:30	17:00	Auf
11 sex	08:00	13:30	14:30	17:00	Auf
12 sáb					
13 dom					
14 seg	08:00	13:00	14:00	17:00	Auf
15 ter	08:00	13:00	14:00	17:00	Auf
16 qua	08:00	13:00	14:00	17:00	Auf
17 qui	08:00	13:00	14:00	17:00	Auf
18 sex	08:00	13:00	14:00	17:00	Auf
19 sáb					
20 dom					
21 seg	08:00	13:30	14:30	17:00	Auf
22 ter	08:00	13:30	14:30	17:00	Auf
23 qua	08:00	14:00	15:00	17:00	Auf
24 qui	08:00	13:30	14:30	17:00	Auf
25 sex	08:00	13:30	14:30	17:00	Auf
26 sáb					
27 dom					
28 seg	08:00	13:30	14:30	17:00	Auf
29 ter	08:00	13:40	14:40	17:00	Auf
30 qua	08:00	13:00	14:00	17:00	Auf
31 qui	08:00	13:00	14:00	17:00	Auf

OBSERVAÇÕES: 08/03/2022 - Declaração em anexo.



*[Handwritten signature]*



Prefeitura Municipal de Contagem  
Secretaria Municipal de Saúde



**ATESTADO MÉDICO**

Atesto que o(a) Sr(a) Daniele Tamires Alves Filusmino  
portador da Carteira Profissional nº \_\_\_\_\_  
e Carteira de Identidade nº MG 15.567.448

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 07:00 às 09:40 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 assinatura e preenchimento de mais de um campo.**

UNIDADE DE SAÚDE:

**UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA  
ESTALEIRO**

DATA:

08/03/22

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL:

