



## TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

Conta origem: 0893 / 003 / 00000223-3

Conta destino: 0893 / 1288 / 000772606024-8

Nome destinatário: CLEA MARIA DE SOUZA

Quantidade de vezes:

Valor: R\$ 1.194,00

Data de débito: 07/10/2021

Data/hora da operação: 07/10/2021 15:50:51

Código da operação: 194382136

Chave de segurança: JKHW2119FTZTJFPA

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  
 setembro-2' 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		0,41		
681	Seguro			4,62	
610	Desc Arredondamento Mes Anterior			0,44	
903	INSS Folha			100,41	
			1.299,47	105,47	
			<b>Valor Líquido</b>	<b>1.194,00</b>	
Saldo Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do mês	Base Calc. 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

09/10/21 DATA Clea Maria de Souza ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO

Certificamos que o Material/Service  
 constante deste documento foi Recebido/  
 Prestado em perfeitas condições.  
 Pago pela Conta: 223,3  
 Cheque: 1943218 Área/Conta de 20-9  
 Contagem: 07 de setembro de 20-9  
Assinatura



**FOLHA DE PONTO**

PERÍODO: 01/09/2021 a 30/09/2021

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 qua	8:00	12:00	13:00	17:00	Clea Maria de Souza
2 qui	8:00	12:00	13:00	17:00	Clea Maria de Souza
3 sex	8:00	12:00	13:00	17:00	Clea Maria de Souza
4 sáb					-
5 dom					-
6 ter	8:00	12:00	13:00	17:00	Clea Maria de Souza
7 ter	-	-	-	-	FELICIANO
8 qua	8:00	12:00	13:00	17:00	Clea Maria de Souza
9 qui	8:00	12:00	13:00	17:00	Clea Maria de Souza
10 sex	8:00	12:00	13:00	17:00	Clea Maria de Souza
11 sáb					-
12 dom					-
13 seg	8:00	12:00	13:00	17:00	Clea Maria de Souza
14 ter	8:00	12:00	13:00	17:00	Clea Maria de Souza
15 qua	8:00	12:00	13:00	17:00	Clea Maria de Souza
16 qui	8:00	12:00	13:00	17:00	Clea Maria de Souza
17 sex	8:00	12:00	13:00	17:00	Clea Maria de Souza
18 sáb					-
19 dom					-
20 seg	8:00	12:00	13:00	17:00	Clea Maria de Souza
21 ter	8:00	12:00	13:00	17:00	Clea Maria de Souza
22 qua	8:00	12:00	13:00	17:00	Clea Maria de Souza
23 qui	8:00	12:00	13:00	17:00	Clea Maria de Souza
24 sex	8:00	12:00	13:00	17:00	Clea Maria de Souza
25 sáb					-
26 dom					-
27 seg	8:00	12:00	13:00	17:00	Clea Maria de Souza
28 ter	8:00	12:00	13:00	17:00	Clea Maria de Souza
29 qua	8:00	12:00	13:00	17:00	Clea Maria de Souza
30 qui	8:00	12:00	13:00	17:00	Clea Maria de Souza

OBSERVAÇÕES:

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_





Prefeitura Municipal de Contagem  
Secretaria Municipal de Saúde  
**ATESTADO**



Atesto que o(a) Sr(a) Olga 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 doenças infecto-contagiosa, 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 nº24 de 29/12/94 do Ministério do Trabalho).

Compareceu nesta data para consulta / exame, tendo permanecido na unidade no período de 7h às 10h horas.

Necessita permanecer afastado do trabalho por \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) dias, a partir de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ por motivo de doença CID. \_\_\_\_\_ (a pedido do paciente). (Este atestado é válido p/ 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 no 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

DATA 22/09/21 ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL Dra. Luciana Freire Goulart  
CRM: MG 20819

SMS-A11

Casa de Consultas Especializadas Resposta  
Rua: R. Rodrigues da Cunha 488  
Bairro: São Joaquim  
Tel: 3341-1244

