



TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

Conta origem: 0893 / 003 / 00000223-3

Conta destino: 0893 / 1288 / 000764015069-9

Nome destinatário: ERICA MENDES SILVA DE CASSIA

Quantidade de vezes:

Valor: R\$ 1.084,00

Data de débito: 00/01/2022

Data/hora da operação: 00/01/2022 09:02:08

Código da operação: 423657476

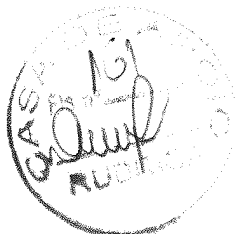
Chave de segurança: 2S1VS7K6W3JA6LXR

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 726 7474

Help Desk CAIXA: 0800 726 0104



03484 CASA DE APOIO A CRIANCA CARENTE DE CONTAG
 DAS PAINEIRAS, 1448
 dezembro-21

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

COLEGIO BATISTA

002011 ERICA MENDES SILVA DE CASSIA

CPF: 08295596632

Cód.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
001	Salario Base	030,00	1.148,62		
599	Salário Família	002,00	102,54		
999	Arredondamento no Mes		0,94		
681	Seguro			4,62	
683	DESCONTO AUXILIO SAUDE			32,00	
610	Desc Arredondamento Mes Anterior			1,11	
697	Desc Plano odontologico - Mens.			43,50	
903	INSS Folha			86,87	
			1.252,10	168,10	
			Valor Líquido	1.084,00	
Saldo Base	Sal. Contri. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.148,62	1.148,62	7,5629	1.148,62	91,88	682,57

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE RECIBO

06/01/22
 DATA

Erica Mendes Silva de Cassia
 ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO

Certificamos que o Material/Serviço
 constante deste documento foi Recebido/
 Prestado em perfectas condições.
 Pago pela Conta: 20193
 Cheque: 1235767 Área/Conta
 Contagem: 06 de maio de 2022
1034254 Assinatura marcos



FOLHA DE PONTO

PERÍODO: 01/12/2021 a 31/12/2021

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 ERICA MENDES SILVA DE CASSIA

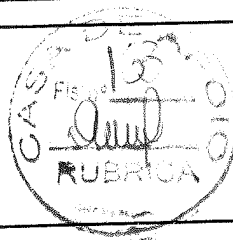
FUNÇÃO: Auxiliar de Serviços Gerais

ADMISSÃO: 17/05/2021 CTPS: 00089837/00117-MG

JORNADA ENTRADA: 08:30 SAÍDA: 17:30 Departamento COLEGIO BATISTA

DIA	HORA DE ENTRADA	INTERVALO		HORA DA SAÍDA	ASSINATURA DO EMPREGADO
		SAÍDA	ENTRADA		
1 qua	8:31	12:27	13:27	17:31	Erica Mendes Silva de Cassia
2 qui	8:28	12:30	13:30	17:28	Erica Mendes Silva de Cassia
3 sex	8:27	12:28	13:28	17:27	Erica Mendes Silva de Cassia
4 sáb					
5 dom					
6 seg	8:29	12:27	13:27	17:29	Erica Mendes Silva de Cassia
7 ter	8:31	12:28	13:28	17:31	Erica Mendes Silva de Cassia
8 qua	8:27	12:29	13:29	17:27	Erica Mendes Silva de Cassia
9 qui	8:30	12:31	13:31	17:30	Erica Mendes Silva de Cassia
10 sex	8:28	12:29	13:29	17:28	Erica Mendes Silva de Cassia
11 sáb					
12 dom					
13 seg	8:31	12:29	13:29	17:31	Erica Mendes Silva de Cassia
14 ter	8:27	12:27	13:27	17:27	Erica Mendes Silva de Cassia
15 qua	8:28	12:30	13:30	17:28	Erica Mendes Silva de Cassia
16 qui	8:29	12:28	13:28	17:29	Erica Mendes Silva de Cassia
17 sex	8:30	12:31	13:31	17:30	Erica Mendes Silva de Cassia
18 sáb					
19 dom					
20 seg	8:29	12:27	13:27	17:29	Erica Mendes Silva de Cassia
21 ter	8:31	12:28	13:28	17:31	Erica Mendes Silva de Cassia
22 qua	8:28	12:30	13:30	17:28	Erica Mendes Silva de Cassia
23 qui	rece 550				
24 sex	rece 550				
25 sáb					
26 dom					
27 seg	8:31	12:29	13:29	17:31	Erica Mendes Silva de Cassia
28 ter					
29 qua	Atestado				
30 qui					
31 sex					

OBSERVAÇÕES:





Prefeitura Municipal de Contagem
Secretaria Municipal de Saúde



ATESTADO MÉDICO

Atesto que o(a) Sr(a) Luiza Mendes Silva de Camargo
portador da Carteira Profissional nº _____
e Carteira de Identidade nº _____

Não apresenta ao exame clínico de rotina realizado nesta data sinais de doença infeccio-
-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 atesta
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 _____ às _____ horas.

Necessita permanecer afastado do trabalho por 6 (seis) dias, a partir de
20/12/21 por motivo de doença CID. J00 (a pedido do paciente). (Este
atestado é válido para finalidades previstas no art. 143 - 1º do Decreto 2172 de 05/03/97, e Reso-
lução 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:

DATA:

20/12/21

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL:

