

**TEV Enviada**

Via Internet Banking CAIXA

Conta origem: 0893 / 003 / 00000223-3**Conta destino:** 0893 / 1288 / 000856175586-3**Nome destinatário:** IRENE ALVES FERNANDES SILVA**Quantidade de vezes:****Valor:** R\$ 1.179,00**Data de débito:** 07/03/2022**Data/hora da operação:** 07/03/2022 07:06:04**Código da operação:** 489251712**Chave de segurança:** U8LKXUVTS0341Y9Y

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 CONTAG
 DAS PAINEIRAS, 1448
 fevereiro-22

COLEGIO BATISTA

Demonstrativo de Pagamento de Salário
 00.211.504/0001-50
 Auxiliar de Cozinha

002013 IRENE ALVES FERNANDES SILVA

CPF: 93261217634

Cód.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
001	Salario Base	030,00	1.256,60		
599	Salário Família	001,00	56,47		
999	Arredondamento no Mes		0,83		
681	Seguro			4,90	
685	TX NEGOCIAL SOLIDARIA			35,00	
610	Desc Arredondamento Mes Anterior			0,09	
903	INSS Folha			94,91	
			1.313,90	134,90	
			Valor Líquido	1.179,00	
Saldo Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. 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	782,51

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE RECIBO

07/03/22
 DATA

Irene Alves Fernandes Silva
 ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO

Certificamos que o Material/Serviço
 constante deste documento foi Recebido/
 Prestado em perfeitas condições.
 Pago pela Conta: 223,3
 Cheque: 489,25/17/22 Área/Conta.....
 Contagem, de 07 de Março de 2022
 Assinatura: [Assinatura]



FOLHA DE PONTO

PERÍODO: 01/02/2022 a 28/02/2022

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 IRENE ALVES FERNANDES SILVA

FUNÇÃO: Auxiliar de Cozinha

ADMISSÃO: 17/05/2021 CTPS: 00031258/00159-MG

JORNADA ENTRADA: 07:00 SAÍDA: 17:00 Departamento COLEGIO BATISTA

DIA	HORA DE ENTRADA	INTERVALO		HORA DA SAÍDA	ASSINATURA DO EMPREGADO
		SAÍDA	ENTRADA		
1 ter	ATESTADO				
2 qua	ATESTADO				
3 qui	ATESTADO				
4 sex	ATESTADO				
5 sáb					
6 dom					
7 seg	8:30	12:29	13:31	17:30	SFS
8 ter	7:00	12:30	13:30	17:31	SFS
9 qua	8:29	12:31	13:29	17:30	SFS
10 qui	8:31	12:30	13:30	17:31	SFS
11 sex	8:30	12:31	13:31	17:30	SFS
12 sáb					
13 dom					
14 seg	8:29	12:30	13:30	17:31	SFS
15 ter	8:30	12:29	13:29	17:30	SFS
16 qua	8:31	12:30	13:30	17:29	SFS
17 qui	8:29	12:29	13:31	17:30	SFS
18 sex	8:30	12:31	13:30	17:31	SFS
19 sáb					
20 dom					
21 seg	8:29	12:30	13:31	17:31	SFS
22 ter	8:30	11:59	13:30	17:30	SFS
23 qua	8:31	12:30	13:29	17:31	SFS
24 qui	8:30	12:31	13:30	17:30	SFS
25 sex	8:29	12:30	13:29	17:31	SFS
26 sáb					
27 dom					
28 seg	Feriado				

OBSERVAÇÕES:



(Handwritten signature in blue ink)



ATESTADO MÉDICO

Atesto que o(a) Sr(a) Iseni Alves Fernandes
portador da Carteira Profissional nº _____
e Carteira de Identidade nº _____

Não apresenta ao exame clínico de rotina realizado nesta data sinais de doença 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 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 04 (quatro) dias, a partir de 01/02/22 por motivo de doença CID. J11.8 (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:

DATA:

01.02.22

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL:

Dra. Cintia de Souza Rêgo Ribeiro
MÉDICA

