

**TEV Enviada**

Via Internet Banking CAIXA

**Conta origem:** 0893 / 003 / 00000223-3  
**Conta destino:** 1529 / 1288 / 000856871871-8

**Nome destinatário:** RAILDA ALMEIDA DA S  
**Quantidade de vezes:**  
**Valor:** R\$ 1.122,00

**Data de débito:** 07/03/2022  
**Data/hora da operação:** 07/03/2022 07:06:04

**Código da operação:** 489251724  
**Chave de segurança:** FHZ2L67TFL6X6CGH

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 CRIANCA CARENTE DE CONTAG  
 DAS PAINEIRAS, 1448  
 fevereiro-22 COLEGIO BATISTA

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

002021 RAILDA ALMEIDA DA SILVA

CPF: 05698001618

Cód.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
001	Salário Base	030,00	1.256,60		
399	Arredondamento no Mes		0,99		
631	Seguro			4,90	
635	TX NEGOCIAL SOLIDARIA			35,00	
610	Desc Arredondamento Mes Anterior			0,78	
903	INSS Folha			94,91	
			1.257,59	135,59	
			Valor Líquido	1.122,00	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cal. FGTS	F.G.T.S. do mês	Base Calc. IRRF	Fórmula IRRF
1.256,60	1.256,60 7,5529	1.256,60	100,52	1.161,09	

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTANCIA LIQUIDA DISCRIMINADA NESTE RECIBO

07/03/22  
 DATA

Railda Almeida da Silva  
 ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO

Certificamos que o Material/Serviço  
 constante deste documento foi Recebido/  
 Prestado em perfeitas condições.  
 Pago pela Conta: 2233  
 Cheque: 48925174 Área/Conta.....  
 Contagem 07 de março de 2022  
Ca. 394154 Assinatura monibius



**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 RAILDA ALMEIDA DA SILVA FUNÇÃO: Auxiliar de Serviços Gerais  
 ADMISSÃO: 17/05/2021 CTPS: 00043121/00056-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 ter	8:30	12:28	13:28	17:30	Railda Silva
2 qua	8:28	12:30	13:30	17:28	Railda Silva
3 qui	8:29	12:30	13:30	17:29	Railda Silva
4 sex	8:30	12:29	13:29	17:30	Railda Silva
5 sáb					
6 dom					
7 seg	8:29	12:30	13:30	17:29	Railda Silva
8 ter	8:29	12:29	13:29	17:30	Railda Silva
9 qua	8:30	12:28	13:28	17:30	Railda Silva
10 qui	8:29	12:29	13:29	17:29	Railda Silva
11 sex	8:30	12:28	13:28	17:30	Railda Silva
12 sáb					
13 dom					
14 seg	8:29	12:29	13:29	17:29	Railda Silva
15 ter	8:28	12:29	13:29	17:28	Railda Silva
16 qua	8:30	12:30	13:30	17:30	Railda Silva
17 qui	8:29	12:28	13:28	17:29	Railda Silva
18 sex	8:30	12:28	13:28	17:30	Railda Silva
19 sáb					
20 dom					
21 seg	8:29	12:30	13:30	17:29	Railda Silva
22 ter	8:30	12:29	13:29	17:30	Railda Silva
23 qua	8:28	12:30	13:30	17:28	Railda Silva
24 qui	8:30	12:29	13:29	17:30	Railda Silva
25 sex	8:28	12:28	13:28	17:29	Railda Silva
26 sáb					
27 dom					
28 seg	RECURSO				

OBSERVAÇÕES:

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



*[Handwritten signature]*



**ATESTADO MÉDICO**

Atesto que o(a) Sr(a) Raildo Almeida de  
portador da Carteira Profissional nº \_\_\_\_\_  
e Carteira de Identidade nº \_\_\_\_\_  
Silva

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 2 horas de manhã.

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 rasura e de preenchimento de mais de um campo.**

UNIDADE DE SAÚDE:

CENTRO DE APOIO  
À SAÚDE DA FAMÍLIA  
Rua: VL 06, Nº 233  
Bairro: Nova Contagem  
Tel.: 3911-6222

DATA:  
08/02/22

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL:  
Dra. Renata Santos Neiva  
CRM nº 38173  
PROF. REG. Nº 0010193

