



TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

Conta origem: 0893 / 003 / 00000223-3

Conta destino: 3880 / 1288 / 000912832557-0

Nome destinatário: CRISTIENIE OLIVEIRA DE D. SILVA

Quantidade de vezes:

Valor: R\$ 1.787,00

Data de débito: 03/09/2021

Data/hora da operação: 03/09/2021 05:00:09

Código da operação: 781101098

Chave de segurança: SXXTLP2QKFPH5MWX

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 00.211.504/0001-50 **Demonstrativo de Pagamento de Salário**
 agosto-21 COLEGIO BATISTA Auxiliar de Departamento Pessoal


001998 CRISTIEINE OLIVEIRA DE DEUS SILVA CPF: 03371083667

Cód.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
001	Salario Base	030,00	2.002,72	
999	Arredondamento no Mes		0,05	
681	Seguro			4,62
683	DESCONTO AUXILIO SAUDE			32,00
610	Desc Arredondamento Mes Anterior			0,91
697	Desc Plano odontologico - Mens.			14,50
903	INSS Folha			163,74

Atestado de 27/07/2021 até 02/08/2021 (014:40)				
Atestado de 03/08/2021 até 03/08/2021 (007:20)			2.002,77	215,77
			Valor Líquido	1.787,00

Saldo Base	Sal. Contri. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.002,72	2.002,72 8,1758	2.002,72	160,21	1.649,39	

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE RECIBO
 03/09/21 DATA  ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO

Certificamos que o Material/Serviço constante deste documento foi Recebido/ Prestado em perfeitas condições.
 Pago pela Conta: 223.3
 Cheque: 78/1100088 Area/Conta
 Contagem 03 de Setembro de 2021
 Assinatura  03371083667



FOLHA DE PONTO

PERÍODO: 01/08/2021 a 31/08/2021

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

FUNÇÃO: Auxiliar de Departamento Pessoal
 FUNCIONÁRIO CRISTIEINE OLIVEIRA DE DEUS SILVA
 AMISSÃO: 11/05/2021 CTPS: 09302762/00050-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 dom					-
2 seg		<i>Atestado</i>			
3 ter					
4 qua	08:00	12:00	13:00	17:00	<i>Crístieine</i>
5 qui	08:00	12:12	13:12	17:00	<i>Crístieine</i>
6 sex	08:02	12:15	13:15	17:02	<i>Crístieine</i>
7 sáb					
8 dom					-
9 seg	08:02	12:12	13:12	17:02	<i>Crístieine</i>
10 ter	08:00	12:54	13:54	17:00	<i>Crístieine</i>
11 qua	08:00	12:00	13:00	17:00	<i>Crístieine</i>
12 qui	08:00	12:12	13:12	17:00	<i>Crístieine</i>
13 sex	08:02	12:47	13:47	17:02	<i>Crístieine</i>
14 sáb					
15 dom					-
16 seg	08:00	12:37	13:37	17:00	<i>Crístieine</i>
17 ter	08:01	12:15	13:15	17:01	<i>Crístieine</i>
18 qua	08:02	12:18	13:18	17:02	<i>Crístieine</i>
19 qui	08:00	12:45	13:45	17:00	<i>Crístieine</i>
20 sex	08:01	12:30	13:30	17:01	<i>Crístieine</i>
21 sáb					
22 dom					-
23 seg	08:00	12:25	13:25	17:00	<i>Crístieine</i>
24 ter	08:02	12:48	13:48	17:02	<i>Crístieine</i>
25 qua	08:04	12:59	13:59	17:04	<i>Crístieine</i>
26 qui	08:00	12:32	13:32	17:00	<i>Crístieine</i>
27 sex	08:01	12:47	13:47	17:01	<i>Crístieine</i>
28 sáb					
29 dom					-
30 seg	08:00	12:30	13:30	17:00	<i>Crístieine</i>
31 ter	08:00	12:12	13:12	17:00	<i>Crístieine</i>

OBSERVAÇÕES:





ATESTADO



Atestado que o(a) Sr(a): Cristiane Oliveira de Deus
Portador da Carteira profissional nº: _____
e Carteira de Identidade nº: _____

Não apresenta ao exame clínico de rotina realizado nesta data sinais de doenças 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 valido como exame médico admissional, demissional ou periódico para fins da legislação de segurança e saúde do trabalhador, vide portaria nº 24 de 29/12/94 do Ministério do Trabalho).

Compareceu nesta data para consulta/ exame tendo permanecido nesta unidade no período de ____ às ____ horas

Necessita permanecer afastado do trabalho por 07 (sete) dias, a partir de 27/07/21 por motivo de doença CID: ____ (a pedido do cliente).
S602. S40.0.

(Este atestado é valido para finalidade previstas no art. 143 § 1º do Decreto 2172 de 05/03/07 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, partir de ____/____/____ conforme o disposto no inciso XVII, art 7º, capítulo II, título II da Constituição Federal 05/10/1988. (Licença Maternidade).

OBS: Este atestado perderá o valor em caso de rasura e de preenchimento de mais de um campo.

UNIDADE DE SAUDE:

HOSPITAL MUNICIPAL 25 DE MAIO

DATA:

27/07/2021

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL



**ATESTADO**

Atestado que o(a) Sr(a): Cristiane Oliveira de Deus
Portador da Carteira profissional nº: _____
e Carteira de Identidade nº: _____

Não apresenta ao exame clínico de rotina realizado nesta data sinais de doenças 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 valido como exame médico admissional, demissional ou periódico para fins da legislação de segurança e saúde do trabalhador, vide portaria nº 24 de 29/12/94 do Ministério do Trabalho).

Compareceu nesta data para consulta/ exame tendo permanecido nesta unidade no período de ____ às ____ horas

Necessita permanecer afastado do trabalho por 01 (Um) dias, a partir de 03 / 08 / 21 por motivo de doença CID: ____ (a pedido do cliente).

(Este atestado é valido para finalidade previstas no art. 143 § 1º do Decreto 2172 de 05/03/07 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, partir de ____ / ____ / ____ conforme o disposto no inciso XVII, art 7º, capítulo II, título II da Constituição Federal 05/10/1988. (Licença Maternidade).

OBS: Este atestado perderá o valor em caso de rasura e de preenchimento de mais de um campo.

UNIDADE DE SAUDE: HOSPITAL MUNICIPAL 25 DE MAIO

DATA: 03 / 08 / 20 21

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

