



### TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

**Conta origem:** 0893 / 003 / 00000223-3  
**Conta destino:** 1529 / 1288 / 000769967109-1

**Nome destinatário:** ANA CLAUDIA VIANA PACHECO

**Quantidade de vezes:**

**Valor:** R\$ 956,00

**Data de débito:** 06/09/2021

**Data/hora da operação:** 06/09/2021 07:06:08

**Código da operação:** 810457881

**Chave de segurança:** 7EFX5QJMSKZWVAP

Operação realizada com sucesso conforme os dados informados 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  
 agosto-21 COLEGIO BATISTA Auxiliar de Servicos Gerais

002007 ANA CLAUDIA VIANA PACHECO CPF: 87509024668

Cód.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
001	Salario Base	030,00	1.148,62	
999	Arredondamento no Mes		0,25	
681	Seguro			4,62
683	DESCONTO AUXILIO SAUDE			32,00
604	Desc Vale Transporte			68,92
610	Desc Arredondamento Mes Anterior			0,46
903	INSS Folha			86,87

1.148,87 192,87

**Valor Líquido** 956,00

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	1.061,75

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE RECIBO

08/09/21  
DATA

Ana Claudia Viana Pacheco  
ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO

**Certificamos que o Material/Serviço**  
 consiante deste documento foi recebido/  
 Prestado em perfeit as condições.  
 Pago pela Conta: 223.3  
 Cheque: 91057881 Área/Conta.....  
 Contagem 06 de Setembro de 20 21  
Assinatura 015107448



**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

FUNCIONÁRIO ANA CLAUDIA VIANA PACHECO

FUNÇÃO: Auxiliar de Serviços Gerais

ADMISSÃO: 17/05/2021 CTPS: 01718229/00050-MG

JORNADA ENTRADA: 07:00 SAÍDA: 16:00 Departamento COLEGIO BATISTA

DIA	HORA DE ENTRADA	INTERVALO		HORA DA SAÍDA	ASSINATURA DO EMPREGADO
		SAÍDA	ENTRADA		
1 dom	—	—	—	—	—
2 seg	07:00	12:00	13:00	16:00	Ana Claudia V. Pacheco
3 ter	—	—	—	—	Atestado
4 qua	07:00	12:00	13:00	16:00	Ana Claudia V. Pacheco
5 qui	07:00	12:00	13:00	16:00	Ana Claudia V. Pacheco
6 sex	07:00	12:00	13:00	16:00	Ana Claudia V. Pacheco
7 sáb	—	—	—	—	—
8 dom	—	—	—	—	—
9 seg	Atestado				
10 ter	Atestado				
11 qua	07:00	12:00	13:00	16:00	Ana Claudia V. Pacheco
12 qui	07:00	12:00	13:00	16:00	Ana Claudia V. Pacheco
13 sex	07:00	12:00	13:00	16:00	Ana Claudia V. Pacheco
14 sáb	—	—	—	—	—
15 dom	—	—	—	—	—
16 seg	07:00	12:00	13:00	16:00	Ana Claudia V. Pacheco
17 ter	07:00	12:00	13:00	16:00	Ana Claudia V. Pacheco
18 qua	07:00	12:00	13:00	16:00	Ana Claudia V. Pacheco
19 qui	07:00	12:00	13:00	16:00	Ana Claudia V. Pacheco
20 sex	07:00	12:00	13:00	16:00	Ana Claudia V. Pacheco
21 sáb	—	—	—	—	—
22 dom	—	—	—	—	—
23 seg	07:00	12:00	13:00	16:00	Ana Claudia V. Pacheco
24 ter	07:00	12:00	13:00	16:00	Ana Claudia V. Pacheco
25 qua	07:00	12:00	13:00	16:00	Ana Claudia V. Pacheco
26 qui	07:00	12:00	13:00	16:00	Ana Claudia V. Pacheco
27 sex	—	—	—	—	Atestado
28 sáb	—	—	—	—	—
29 dom	—	—	—	—	—
30 seg	07:00	12:00	13:00	16:00	Ana Claudia V. Pacheco
31 ter	07:00	12:00	13:00	16:00	Ana Claudia V. Pacheco

OBSERVAÇÕES:

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



Atesto que o(a) Sr(a) Jana Claudia Viana Ribeiro

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 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 01 (um) dias, a partir de 03/08/2021 por motivo de doença CID. Z76.3 (a pedido do paciente). (Este atestado é válido p/ finalidades previstas no art. 143§ 1º do Decreto 2172 de 05/-3/97 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  
03/08/2021

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

Dra. Stefane Souza Ribeiro  
MÉDICA  
C.R.M. nº 76295  
CONSOLE 2924676

SMS-A11





**ATESTADO MÉDICO**

Atesto que o(a) Sr(a) Pro. Cleber Vieira Pacheco  
portador da Carteira Profissional nº \_\_\_\_\_  
e Carteira de Identidade nº MG 6 527 064

Não apresenta ao exame clínico de rotina realizado nesta data sinais de doença infeeto-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 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 01 (UM) dias, a partir de 27/08/21 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:

**UBS RETIRO 3**  
**AV. RETIRO DOS**  
**IMIGRANTES SA**

DATA:

27/08/21

SIGNATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL:

TEL. 3352-

Dr. Elcio Barbosa Torres

*[Handwritten Signature]*

