



TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

Conta origem: 0893 / 003 / 00006840-4

Conta destino: 2940 / 1288 / 000770079498-0

Nome destinatário: CLEUDIANE MENDES DA SILVA

Quantidade de vezes:

Valor: R\$ 504,00

Data de débito: 04/11/2021

Data/hora da operação: 04/11/2021 14:36:37

Código da operação: 508637933

Chave de segurança: F7FPEENVK8T30MFN

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
 outubro-21 FIA - CIDADANIA EM FOCO

Demonstrativo de Pagamento de Salário
 00.211.504/0001-50
 Educador Social

002048 CLEUDIANE MENDES DA SILVA CASSIANO CPF: 00700892648

Cód.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
001	Salario Base	011,00	587,44		
999	Arredondamento no Mes		0,48		
681	Seguro			4,62	
604	Desc Vale Transporte			35,25	
903	INSS Folha			44,05	
			587,92	83,92	
			Valor Líquido	504,00	
Saldo Base	Sal. Contri. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.602,10	587,44 7.5000	587,44	46,99	353,80	

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE RECIBO
 09/11/09 DATA Cleudiane Mendes da S. Cassiano ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO

Certificamos que o Material/Serviço constante deste documento foi Recebido/Prestado em perfeitas condições.
 Pago pela Conta: 6480,9
 Cheque: 508638133
 Contagem, 09 de Novembro de 2009
[Assinatura]
 Assinatura



FOLHA DE PONTO

PERÍODO: 01/10/2021 a 31/10/2021

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 CLEUDIANE MENDES DA SILVA CASSIANO FUNÇÃO: Educador Social
 ADMISSÃO: 20/10/2021 CTPS: 00018331/00082-MG

JORNADA ENTRADA: 08:00 SAÍDA: 17:00 Departamento FIA - CIDADANIA EM FOCO

DIA	HORA DE ENTRADA	INTERVALO		HORA DA SAÍDA	ASSINATURA DO EMPREGADO
		SAÍDA	ENTRADA		
1 sex					
2 sáb					
3 dom					
4 seg					
5 ter					
6 qua					
7 qui					
8 sex					
9 sáb					
10 dom					
11 seg					
12 ter					
13 qua					
14 qui					
15 sex					
16 sáb					
17 dom					
18 seg					
19 ter					
20 qua	08:00	12:00	13:00	17:00	Cleudiane Mendes S. Cassiano
21 qui	08:00	12:00	13:00	17:00	Cleudiane Mendes S. Cassiano
22 sex	08:00	12:00	13:00	17:00	Cleudiane Mendes S. Cassiano
23 sáb					
24 dom					
25 seg	declaração	12:00	13:00	17:00	Cleudiane Mendes S. Cassiano
26 ter	07:59	12:00	13:00	16:59	Cleudiane Mendes S. Cassiano
27 qua	08:00	12:00	13:00	17:00	Cleudiane Mendes S. Cassiano
28 qui	07:56	12:00	13:00	16:56	Cleudiane Mendes S. Cassiano
29 sex	07:55	12:00	13:00	16:55	Cleudiane Mendes S. Cassiano
30 sáb					
31 dom					

OBSERVAÇÕES:





ATESTADO MÉDICO

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

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 8:00 às 10:40 horas.

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:

EQUIPE Nº 12
PSF IPÊ AMARELO
DISTRITO DE NOVA CONTAGEM

DATA:

25/10/2021

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL:

[Assinatura]
Dr. Pedro Rafael Farias Ferreira
RQE 44336 / Ginecologia e Obstetrícia
C.R.M. nº 62294
CONTR. Nº 5286061

