



TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

Conta origem: 0893 / 003 / 00000287-0

Conta destino: 3880 / 1288 / 000966983779-6

Nome destinatário: CECILIA GONCALVES DA SILVA FRANC

Quantidade de vezes:

Valor: R\$ 999,00

Data de débito: 06/12/2021

Data/hora da operação: 06/12/2021 07:00:57

Código da operação: 894529781

Chave de segurança: C015VSZKC36MG8UV

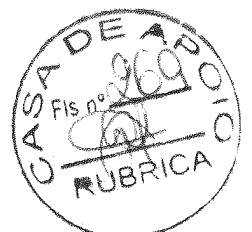
Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

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
 novembro-21

Demonstrativo de Pagamento de Salário
 00.211.504/0001-50
 AUXILIAR ADMINISTRATIVO I

SERVIÇO DE CONVIVENCIA

CPF: 75904853653

001982 CECILIA GONCALVES DA SILVA FRANCA

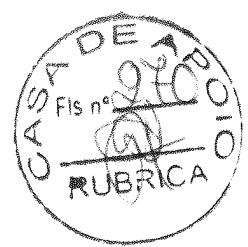
Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
001	Salario Base	030,00	1.250,36		
999	Arredondamento no Mes		0,80		
681	Seguro			4,62	
683	DESCONTO AUXILIO SAUDE			32,00	
604	Desc Vale Transporte			75,02	
610	Desc Arredondamento Mes Anterior			0,99	
697	Desc Plano odontologico - Part.			43,50	
903	INSS Folha			96,03	
			1.251,16	252,16	
			Valor Líquido	999,00	
Saldo Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	F.G.1 S do mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.250,36	1.250,36 7,6801	1.250,36	100,02	775,15	

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE RECIBO

06/12/21
 DATA

[Assinatura]
 ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO

**Certificamos que o Material/Serviço
 constante deste documento foi recebido/
 Prestado em perfeita condições.
 Pago pela Conta: 855,00
 Cheque: 855,00
 Contagem de 06/12/21 de 2021
 Assinatura *[Assinatura]***



FOLHA DE PONTO

PERÍODO: 01/11/2021 a 30/11/2021

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

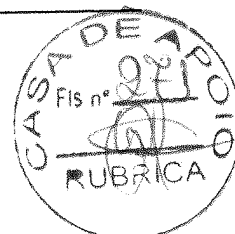
FUNCIONÁRIO CECILIA GONCALVES DA SILVA FRANCA
 ADMISSÃO: 03/02/2021 CTPS: 04332823/00050-MG

FUNÇÃO: AUXILIAR ADMINISTRATIVO I

JORNADA ENTRADA: 08:00 SAÍDA: 17:00 Departamento SERVIÇO DE CONVIVENCIA

DIA	HORA DE ENTRADA	INTERVALO		HORA DA SAÍDA	ASSINATURA DO EMPREGADO
		SAÍDA	ENTRADA		
1 seg	8:03	12:01	13:00	17:01	<i>[Signature]</i>
2 ter	8:01	12:00	13:03	17:03	<i>[Signature]</i>
3 qua	8:00	12:02	13:01	17:03	<i>[Signature]</i>
4 qui	8:00	12:01	13:02	15:30	declaração <i>[Signature]</i>
5 sex	Feriado				
6 sáb					
7 dom					
8 seg	8:01	12:00	13:02	17:00	<i>[Signature]</i>
9 ter	8:02	12:01	13:01	17:03	<i>[Signature]</i>
10 qua	8:00	12:03	13:01	17:02	<i>[Signature]</i>
11 qui	declaração		14:40	17:00	<i>[Signature]</i>
12 sex	8:03	12:01	13:00	17:02	<i>[Signature]</i>
13 sáb					
14 dom					
15 seg	Feriado				
16 ter	8:02	12:01	13:03	17:01	<i>[Signature]</i>
17 qua	8:01	12:02	13:01	17:00	<i>[Signature]</i>
18 qui	8:02	12:01	13:01	17:03	<i>[Signature]</i>
19 sex	8:02	12:03	13:01	17:03	<i>[Signature]</i>
20 sáb					
21 dom					
22 seg	8:00	12:01	13:03	17:00	<i>[Signature]</i>
23 ter	declaração	12:00	13:02	17:02	<i>[Signature]</i>
24 qua	8:01	12:01	13:00	17:01	<i>[Signature]</i>
25 qui	8:03	12:02	13:01	17:01	<i>[Signature]</i>
26 sex	8:00	12:00	13:03	17:02	<i>[Signature]</i>
27 sáb					
28 dom					
29 seg	8:01	12:02	13:00	17:01	<i>[Signature]</i>
30 ter	8:02	12:03	13:02	17:03	<i>[Signature]</i>

OBSERVAÇÕES:



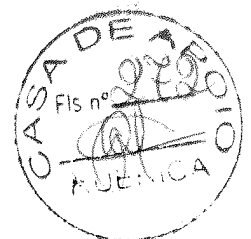
ATESTADO

Atesto que o(a) Sr.(a) **CECILIA GONCALVES DA SILVA FRANCA**

Compareceu nesta data para consulta/exame, tendo permanecido na unidade no período de **16:50 às 18:00 horas**.

CLINICA MAIS SAUDE
INTEGRADA LTDA.
CRO 3529

CONTAGEM 04 DE NOVEMBRO DE 2021



ATESTADO

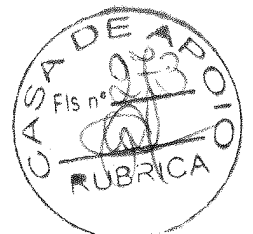
CECILIA GONCALVES DA SILVA FRANCA
11/11/2021
13:00 - 13:20

Atesto que o(a) Sr.(a) CECILIA GONCALVES DA SILVA FRANCA

Compareceu nesta data para consulta/exame, tendo permanecido na unidade no período de 13:00 às 13:20 horas.

Contagem, 11 de Novembro de 2021

CLÍNICA MAIS SAÚDE
INTEGRADA LTDA.
CRO 3520



Atesto que o(a) Sr.(a) Jacilia Y. da S. Franca

Não apresenta, ao exame clínico de rotina realizado nesta data, sinais de doenças infectocontagiosas, de alterações evidentes de órgãos dos sentidos ou vícios de conformação física. Durante a entrevista, não evidenciou sinais de déficit ou doença neuropsiquiátrica. (Este atestado não é válido como exame médico admissional, demissional ou periódico para fins de legislação de segurança e saúde do trabalhador. Vide Portaria nº 24/94 e NR nº 07, do Ministério do Trabalho).

Compareceu nesta data para consulta/exame, tendo permanecido na unidade no período de _____ às _____ horas.

Compareceu nesta data para consulta/exame, acompanhado pelo Sr.(a) _____, tendo permanecido na unidade no período de _____ às _____ horas.

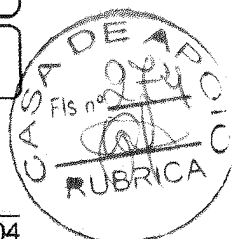
Necessita permanecer afastado do trabalho por 01 dias (um) a partir de 05/11/21 por motivo de doença CID 2054. (Este atestado é válido para finalidades previstas nos artigos 71 e 72, parágrafo 1º do Decreto 3048/99 e será expedido para justificar o afastamento do trabalho de 1 a 15 dias).

Deverá afastar-se do trabalho no período de _____ (_____) dias, a partir de _____ / _____ / _____, conforme o disposto no inciso XVIII, art. 7º, da CF e art. 10, 11, b, do ADTC. (Licença-Maternidade).

Eu, _____, RG _____ autorizo a inclusão do CID no atestado médico.
Ass. do Cliente: _____

OBS.: ESTE ATESTADO PERDERÁ VALOR EM CASO DE RASURA E DE PREENCHIMENTO DE MAIS DE UM CAMPO.

Data: 05/11/21
Assinatura [assinatura] [Carimbo do Médico]
Dra. Amery Josefa de Oliveira
Cirurgiã Dentista
CRO-MG 47894



ORAL.D ODONTOLOGIA AVANÇADA

ATESTADO ODONTOLÓGICO

Dra Regina Martins CRO MG 46547

Atestado para fim de trabalhista
a pedido, que _____

Cecilia Goncalves da Silva
R.G N° _____, residente e domiciliado(a)
à _____

esteve sob tratamento odontológico neste consultório, no período
das 8:40 às 12:15 horas do dia
11/11/2009, necessitando o(a) mesmo(a) de
_____ dias de repouso.

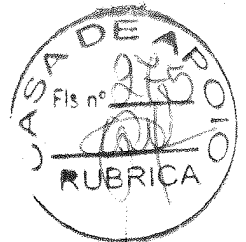
Contagem, 11/11/2009
Localidade e Data

C.I.D. _____

Autorização do paciente
ou de seu representante legal

Dra. Regina Martins Silva
CARGA DENTISTA
CRO MG 46547

Assinatura



Rua Upiara 60 Novo Eldorado Contagem Cep: 32340620

TEL. 31 98830-2522

CLÍNICA ODONTOLÓGICA

**Clube
Master**

Av. João César de Oliveira, 2972 sala 214

Eldorado – Contagem Tef: (31)3391.1293

Atesto para os devidos fins, que o (a) paciente

Lucilia Gonçalves da Silva

esteve sob meus cuidados odontológicos no período

de 8 : 45 às 09 : 30 .
11 : 25 às 11 : 45

Contagem, 23 de Novembro de 2021 .

Bruno

Cirurgião (a) Dentista

Dr. Bruno César Oliveira
Cirurgião Dentista
CRO-MG 48419

