



TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

Conta origem: 0893 / 003 / 00000287-0

Conta destino: 4972 / 1288 / 000773194847-2

Nome destinatário: SCiomARA G OLIVEIRA

Quantidade de vezes:

Valor: R\$ 3.066,00

Data de débito: 06/12/2021

Data/hora da operação: 06/12/2021 07:08:21

Código da operação: 894620217

Chave de segurança: Y5YTPGJ73PKAJ2VV

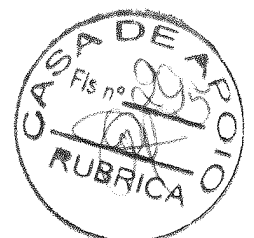
Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

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 CRIANÇA CARENTE DE CONTAG
DAS PAINEIRAS, 1448
novembro-21

Demonstrativo de Pagamento de Salário

00.211.504/0001-50

Coordenador (a)

SERVIÇO DE CONVIVENCIA

001915 SCIOMARA GONÇALVES DE OLIVEIRA

CPF: 77697340615

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
001	Salario Base	030.00	3.541,40	
999	Arredondamento no Mes		0,77	
681	Seguro			4,62
610	Desc Arredondamento Mes Anterior			0,13
903	INSS Folha			347,07
914	IRRF Folha			124,35
			3.542,17	476,17
			Valor Liquido	3.066,00

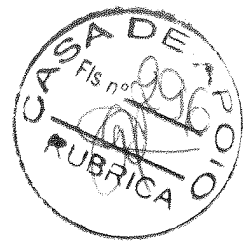
Saldo Base	Sal. Contr. INSS	Base Cal. FGTS	F.G.T.S do mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
3.541,40	3.541,40 9,8003	3.541,40	283,31	3.194,33	

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE RECIBO

06/12/21
DATA

[Assinatura]
ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO

Certificamos que o Montante líquido constante deste documento foi recebido e pago pela conta: 3877-50
Cheque: 89167091 e
Contagem de 50 centavos de 20,33
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

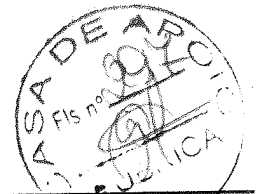
FUNCIONÁRIO SCIOMARA GONÇALVES DE OLIVEIRA
 ADMISSÃO: 23/08/2019 CTPS: 06004794/00060-MG

FUNÇÃO: Coordenador (a)

JORNADA ENTRADA: 07:00 SAÍDA: 17:00 Departamento SERVIÇO DE CONVIVENCIA

DIA	HORA DE ENTRADA	INTERVALO		HORA DA SAÍDA	ASSINATURA DO EMPREGADO
		SAÍDA	ENTRADA		
1 seg	08:00	12:00	13:01	17:00	<i>[Signature]</i>
2 ter					
3 qua	08:00	12:03	13:00	17:01	<i>[Signature]</i>
4 qui	07:59	12:00	13:00	17:00	<i>[Signature]</i>
5 sex	08:01	12:00	13:00	17:00	<i>[Signature]</i>
6 sáb					
7 dom					
8 seg	08:00	12:00	13:00	17:00	<i>[Signature]</i>
9 ter	08:00	12:00	13:00	17:00	<i>[Signature]</i>
10 qua	08:00	12:00	13:00	17:00	<i>[Signature]</i>
11 qui	08:00	12:00	13:00	17:00	<i>[Signature]</i>
12 sex	08:00	12:00			<i>[Signature]</i> declaracao
13 sáb					
14 dom					
15 seg					
16 ter	08:00	12:00	13:00	17:00	<i>[Signature]</i>
17 qua	08:00	12:00	13:00	17:00	<i>[Signature]</i>
18 qui	08:00	12:00	13:00	17:00	<i>[Signature]</i>
19 sex	08:00	12:00	13:00	17:00	<i>[Signature]</i>
20 sáb					
21 dom					
22 seg	08:00	12:00	13:00	17:00	<i>[Signature]</i>
23 ter	08:00	12:00	13:00	17:00	<i>[Signature]</i>
24 qua	08:00	12:00	13:00	17:00	<i>[Signature]</i>
25 qui	08:00	12:01	13:01	17:00	<i>[Signature]</i>
26 sex	08:00	12:00	13:00	17:00	<i>[Signature]</i>
27 sáb					
28 dom					
29 seg	08:00	12:00	13:00	17:00	<i>[Signature]</i>
30 ter	08:00	12:00	13:00	17:00	<i>[Signature]</i>

OBSERVAÇÕES:



DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO.

Paciente Scionara Sanchez de Oliveira CI / SSP

Endereço: Rua/Ave. ¹¹Parajuá e Brasil n° 55

Bairro: Conceição cidade Belo Horizonte

Telefone residencial _____ Celular 97510-0378

Atesto a pedido do (a) interessado (a) , para fins de trabalho
junto a Casa de Apoio Criança & Adulto que o sr. (a) compareceu
a Rua tenente Renato César ,106, Bairro Cidade Jardim, Belo
Horizonte/MG, no dia 12/11/20 no período de 13:00:18:00 às
11:00 para consulta Odontológica.

Dr. Thalles Diniz
CIRURGIÃO-DENTISTA
CRO-MG 57954



Nome completo do CD _____
Nº de Registro no CRO-MG _____

Assinatura do CD.

