



Comprovante de transferência entre contas da CAIXA - TEV

Via Internet Banking CAIXA

Emitente:	ORGANIZACAO EDUC JOAO XXIII
Conta origem:	1639 003 00005238-0
Conta destino:	1639 1288 000773622661-0
Nome destinatário:	ANA PAULA DAMASCENO FERNANDES
Valor:	R\$ 1.719,08
Identificação da operação:	ANA PAULA D
Data de débito:	25/02/2022
Data/hora da operação:	25/02/2022 14:00:55
Código da operação:	025850572
Chave de segurança:	RN8RL3RVJU25ZW3E

DEBITO REALIZADO COM SUCESSO. A PREVISAO DO CREDITO NA CONTA DESTINO E DE 30 MINUTOS

SAC CAIXA: 0800 726 0101
 Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
 Ouvidoria: 0800 725 7474
 Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

ATESTO

Sônia Conceição Soares 842.625.166-87
Gabriel Roxo de Moraes 105.252.486-92

ORGANIZACAO EDUCACIONAL JOAO XXIII

16.518.821/0004-05

Rua R OLIVEIRA , 179 CASA - Bairro B.IDUSTRIAL 3A SECAO - Contagem

Demonstrativo de Pagamento

Func.: 001014 - ANA PAULA DAMASCENO FERNANDES		Período: 02/2022	
Cargo: 0186 - EDUCADOR (A)		Matrícula: 0000001014	CTPS: 0047377 / 00105
Depto.: 000031 - PESSOAL EDUCACAO		Admissão: 03/05/2021	CPF: 029.559.816-64
Verbas	Referência	Vencimentos	Descontos
0001 - Salário Contratual	25,00	1.781,62	
0632 - Salário Atestado Doença/Acidente	5,00	356,32	174,23
0520 - Desconto INSS	9,00		33,94
2597 - Plano Odontologico MetLife			4,90
2647 - Seguro de Vida	1,00		35,00
3447 - Contribuição Negocial Solidária CNS	1,00		170,79
3460 - Premium Saude - Titular			
		Total: 2.137,94	Total: 418,86
CONFIEM PARA SEMPRE NO SENHOR, POIS O SENHOR, SOMENTE O SENHOR, É A ROCHA ETERNA. (Isaías 26-4)		Valor Líquido	1.719,08
Recebi o valor líquido, acima descrito em <u>25/02/22</u> Assinatura: <i>Ana Paula Damasceno Fernandes</i>			
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	FGTS do Mês
2.137,94	2.137,94	2.137,94	171,03
		Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
		1.963,71	



ATESTADO MÉDICO

Atesto que o(a) Sr(a) Ana Paula Damasceno F.
portador da Carteira Profissional nº _____
e Carteira de Identidade nº _____

Não apresenta ao exame clínico de rotina realizado nesta data sinais de doença infeto-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 05 (cinco) dias, a partir de 02/02/22 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:

C.S. INDUSTRIAL IIIª SEÇÃO

DATA:

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL:

02/02/22