

**TEV Enviada**

Via Internet Banking CAIXA

Conta origem: 0893 / 003 / 00007506-0**Conta destino:** 1529 / 1288 / 000769965989-0**Nome destinatário:** JOSE PEDRO DA SILVA**Quantidade de vezes:****Valor:** R\$ 1.007,00**Data de débito:** 07/03/2022**Data/hora da operação:** 07/03/2022 07:06:04**Código da operação:** 489251673**Chave de segurança:** 413PU7J4CXEG1HTE

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



04926 CASA DE APOIO CRIANCA CARENTE CONTAGEM
 RUA JEQUITIBAS, 81
 fevereiro-22 CEIA - CUSTEIO

Demonstrativo de Pagamento de Salário
 00.211.504/0004-01
 Vigia

001915 JOSE PEDRO DA SILVA

CPF: 40377474649

Cód.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
001	Salario Base	030,00	1.256,60		
999	Arredondamento no Mes		0,99		
681	Seguro			4,90	
682	MENSALIDADE SOCIAL			40,00	
685	TX NEGOCIAL SOLIDARIA			35,00	
604	Desc Vale Transporte			75,40	
610	Desc Arredondamento Mes Anterior			0,38	
903	INSS Folha			94,91	
			1.257,59	250,59	
			Valor Liquido	1.007,00	
Saldo Base	Sal. Contri. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.256,60	1.256,60 7,5529	1.256,60	100,52	972,10	

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE RECIBO

07/03/22
 DATA

Jose Pedro da Silva
 ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO

Certificamos que o Material/Serviço
 constante deste documento foi Recebido/
 Prestado em perfeitas condições.
 Pago pela Conta: 7506.0
 Cheque: 102563 Area/Conta.....
 Contagem, 07 de março de 2022
M. J. 941.254 Assinatura M. J. 941.254



FOLHA DE PONTO

PERÍODO: 01/02/2022 a 28/02/2022

EMPRESA: CASA DE APOIO CRIANÇA CARENTE CONTAGEM - CNPJ: 00.211.504/0004-01
 ENDEREÇO: RUA JEQUITIBAS, 81 IPE AMARELO - Contagem - MG - CEP: 32044-240

FUNCIONÁRIO JOSE PEDRO DA SILVA

FUNÇÃO: Vigia

ADMISSÃO: 17/05/2021 CTPS: 00030910/00449-MG

JORNADA ENTRADA: 08:30 SAÍDA: 17:30 Departamento CEIA - CUSTEIO

DIA	HORA DE ENTRADA	INTERVALO		HORA DA SAÍDA	ASSINATURA DO EMPREGADO
		SAÍDA	ENTRADA		
1 ter	8:30	12:00	13:00	17:30	Jose Pedro da Silva
2 qua	8:30	12:01	13:01	17:30	Jose Pedro da Silva
3 qui	8:32	12:00	13:00	17:30	Jose Pedro da Silva
4 sex	8:31	12:00	13:00	17:31	Jose Pedro da Silva
5 sáb					
6 dom					
7 seg	8:30	12:02	13:02	17:30	Jose Pedro da Silva
8 ter	8:30	12:00	ATES TA DO		Jose Pedro da Silva
9 qua	8:30	12:00	13:00	17:30	Jose Pedro da Silva
10 qui	8:33	12:00	13:00	17:33	Jose Pedro da Silva
11 sex	8:30	12:00	13:00	17:30	Jose Pedro da Silva
12 sáb					
13 dom					
14 seg	8:31	12:00	13:00	17:31	Jose Pedro da Silva
15 ter	8:30	12:00	13:00	17:30	Jose Pedro da Silva
16 qua	8:30	12:02	13:02	17:30	Jose Pedro da Silva
17 qui	8:30	12:00	13:00	17:30	Jose Pedro da Silva
18 sex					
19 sáb					
20 dom					
21 seg	8:31	12:00	13:00	17:31	Jose Pedro da Silva
22 ter	8:33	12:00	13:00	17:33	Jose Pedro da Silva
23 qua	8:30	12:00	13:00	17:30	Jose Pedro da Silva
24 qui	8:30	12:03	13:03	17:30	Jose Pedro da Silva
25 sex	8:30	12:00	13:00	17:30	Jose Pedro da Silva
26 sáb					
27 dom					
28 seg	FÉ	RI A DO			

OBSERVAÇÕES:



HOSPITAL MUNICIPAL DE CONTAGEM
AMBULATÓRIO
Av. João César de Oliveira, 4.495, Cinco
Cap: 32341-001 - Contagem-MG - (31) 3352-8826



Prefeitura Municipal de Contagem
Secretaria Municipal de Saúde
ATESTADO



Atesto que o(a) Sr(a) Jose Pedro da Silva

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 13:00 às 16:10 horas.

Necessita permanecer afastado do trabalho por _____ dias, a partir de _____ por motivo de doença CID: _____ (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
08/02/22

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL
[Assinatura]

