

TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

Conta origem: 0893 / 003 / 00007506-0

Conta destino: 1529 / 1288 / 000709905989-0

Nome destinatário: JOSE PEDRO DA SILVA

Quantidade de vezes:

Valor: R\$ 1.052,00

Data de débito: 09/11/2021

Data/hora da operação: 09/11/2021 14:29:38

Código da operação: 574865910

Chave de segurança: LNY8YHHHUZER61WJ

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
 outubro-21

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	1.142,74	
999	Arredondamento no Mes		0,43	
681	Seguro			4,62
610	Desc Arredondamento Mes Anterior			0,21
903	INSS Folha			86,34

			1.143,17	91,17
			Valor Líquido	1.052,00

Saldo Base	Sal. Contri. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.142,74	1.142,74 7,5555	1.142,74	91,41	866,81	

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE RECIBO

09/11/21
 DATA

Jose Pedro da Silva
 ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO

Certificamos que o Material/Service
 constante deste documento foi Recebido/
 Prestado em perfeitas condições.
 Pago pela Conta: 3506.0
 Cheque: 5126518 de 10/11/21
 Contagem de 10/11/21 de 2021
 Assinatura: Quil



FOLHA DE PONTO

PERÍODO: 01/10/2021 a 31/10/2021

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 sex	8:30	12:30	13:30	17:30	Jose Pedro da Silva
2 sáb					
3 dom					
4 seg	8:30	12:30	13:30	17:30	Jose Pedro da Silva
5 ter	8:30	12:30	13:30	17:30	Jose Pedro da Silva
6 qua	8:30	12:30	13:30	14:00	Jose Pedro da Silva
7 qui	8:30	12:30	13:30	17:30	Jose Pedro da Silva
8 sex	8:30	12:30	13:30	17:30	Jose Pedro da Silva
9 sáb					
10 dom					
11 seg		RECESSO			
12 ter		FERIADO			
13 qua		RECESSO			
14 qui		RECESSO			
15 sex		RECESSO			
16 sáb					
17 dom					
18 seg	8:30	12:30	13:30	17:30	Jose Pedro da Silva
19 ter	8:30	12:30	13:30	17:30	Jose Pedro da Silva
20 qua	8:30	12:30	13:30	17:30	Jose Pedro da Silva
21 qui	8:30	12:30	13:30	17:30	Jose Pedro da Silva
22 sex	8:30	12:30	13:30	17:30	Jose Pedro da Silva
23 sáb					
24 dom					
25 seg	8:30	12:30	13:30	17:30	Jose Pedro da Silva
26 ter	8:30	12:30	13:30	17:30	Jose Pedro da Silva
27 qua	8:30	12:30	13:30	17:30	Jose Pedro da Silva
28 qui	8:30	12:30	13:30	17:30	Jose Pedro da Silva
29 sex	8:30	12:30	13:30	17:30	Jose Pedro da Silva
30 sáb					
31 dom					

OBSERVAÇÕES:



HOSPITAL MUNICIPAL DE CONTAGEM
AMBULATORIO
 Av. João César de Oliveira, 4.495, Cinco
 Cep: 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 M1361392

Não apresentou o 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 15:00 as 15:50 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 _____
 Cep: 32341-001 – Contagem-MG – (31) 3352-8826

DATA: 12/01/90
 ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL: [Assinatura]
 [Carimbo: HOSPITAL MUNICIPAL DE CONTAGEM, SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, M. 1023 - SADI]

