



3271394

28/07/2022

- BANCO DO BRASIL -

13:33:39

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: Crédito em conta corrente

CLIENTE: CENTRO DE ATENDIMENTO E I

AGÊNCIA: 1.229-7

CONTA: 000.000.121.190-0

DATA DA TRANSFERENCIA:

20/07/2022

NUMERO DO DOCUMENTO:

000000000000

VALOR TOTAL:

1.674,75

***** TRANSFERIDO PARA:

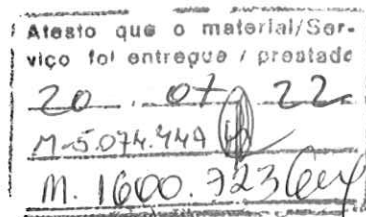
CLIENTE: SOLANGE OLIVEIRA DE SAO JOSE S

BANCO: 001 - BANCO DO BRASIL

AGÊNCIA: 2.818-5

CONTA: 000.000.018.328-8

Nr. da Autenticação: 5.8D5.311.763.C6E.207



328/394

CMS CENTRO DE ATENDIMENTO E INCLUSÃO SC

RAJ Nº 471
32 370-270 - CONTAGEM - MC
CNPJ: 21.725.058/001-83

Residência
JUNHO/2022

Folha
MENSAL

Pág
1/1

Matrícula: 000000386
 Nome: ISCLANGE OLIVEIRA DE SAO JOSE SANTOS
 Carga/Função: INSTRUCTOR (A) /
 Lotação: ATENDIMENTO PEDAGOGICO
 Data Admissão: 08/04/2013

Proventos	Qtde	Valor	Descrição	Qtde	Valor
SALARIO	28,00	1.699,04	INSS MES	9,00	145,65
AVULSO DOENÇA	2,00	121,36			

Atesto que o material/Serviço foi entregue/prestado
 20.07.22
 M-5.074493
 M-1600-753 Cayo

Data do Crédito: 11/06/2022

TOTAL DE PROVENTOS: 1.820,40
 TOTAL DE DESCONTOS: 145,65

LÍQUIDO A RECEBER 1.674,75

Salário Base	1.820,40	Base Calc. INSS	1.820,40	Base Calc. FGTS	1.820,40	Base Calc. IRRF	1.674,75
				FGTS Mês	145,63		

329/394

ESPELHO DO CARTÃO DE PONTO

Empresa CENTRO DE ATENDIMENTO E INCLUSAO SOCIAL - CAIS
Endereço RUA AJ, 171

21.725.056/0001-83
MG

Funcionário : 00000038 SOLANGE OLIVEIRA DE SÃO JOSÉ SANTOS
Cargo : INSTRUTOR
Admissão : 08/04/2013
Setor : 0000000004 PEDAGÓGICO Per. de Ref. : 01/06/2022 à 30/06/2022
Horário : 4 H DIA Emissão : 08/07/2022

Observação

Data	Extra		1º Período		2º Período		Extra		Horas		Quadro de Horários
	Ini	Fim	Ini	Fim	Ini	Fim	Ini	Fim	Trab	Desc	
Qua 01/06			07:02	11:02			11:02	12:00	04:00		MOV
Qui 02/06			COMP	COMP					04:00		MOV
Sex 03/06			COMP	COMP					04:00		MOV
Sab 04/06			SAB	SAB	SAB	SAB					SAB
Dom 05/06			DOM	DOM	DOM	DOM					DOM
Seg 06/06			MEDIC	MEDIC	MEDIC	MEDIC					
Ter 07/06			MEDIC	MEDIC	MEDIC	MEDIC					
Qua 08/06			08:03	12:11					04:00		MOV
Qui 09/06			08:01	12:00					03:59		MOV
Sex 10/06			08:03	12:10					04:00		MOV
Sab 11/06			SAB	SAB	SAB	SAB					SAB
Dom 12/06			DOM	DOM	DOM	DOM					DOM
Seg 13/06			08:02	12:02			12:02	12:15	04:00		MOV
Ter 14/06			08:01	12:05					04:00		MOV
Qua 15/06			08:01	12:01			12:01	12:17	04:00		MOV
Qui 16/06			FER	FER	FER	FER					FER
Sex 17/06			FER	FER	FER	FER					FER
Sab 18/06			SAB	SAB	SAB	SAB					SAB
Dom 19/06			DOM	DOM	DOM	DCM					DOM
Seg 20/06			08:08	12:09					04:00		MOV
Ter 21/06			08:03	12:08					04:00		MOV
Qua 22/06			07:57	12:00					04:00		MOV
Qui 23/06			08:00	12:02					04:00		MOV
Sex 24/06			08:01	12:06					04:00		MOV
Sab 25/06			SAB	SAB	SAB	SAB					SAB
Dom 26/06			DOM	DCM	DOM	DOM			07:20		DOM
Seg 27/06			08:00	12:03					04:00		MOV
Ter 28/06			08:01	12:01			12:01	12:11	04:00		MOV
Qua 29/06			07:56	11:56			11:56	12:11	04:00		MOV
Qui 30/06			07:58	12:03					04:00		MOV

RESUMO

Horas Normais 72:00
DSR Normais 29:20
Total Semanal 20:00
Saldo Banc 000:00
Adc Noturno
Tot Descontado 07:20

Extra A 050% : 001:52

	Pagos	Desc.
H. Trab.	71:59	
DSR	22:00	07:20
Atrasos		
Faltas		
Salda Antecipada		

De conformidade com a port. MTb No.3.626, de 13.11.91 Art 13, este Cartão de Ponto substitui, para todos os efeitos legais, o quadro de Horário de Trabalho inclusive o de menores

Confirmação, 20/07/2022

Local e Data

SES/SB
Reconheço a exatidão destas informações e dou fé,
SOLANGE OLIVEIRA DE SÃO JOSÉ SANTOS



3301354

ATESTADO MÉDICO

Atesto que o(a) Sr(a) Solange Oliveira de Jesus Gomes
portador da Carteira Profissional nº _____
e Carteira de Identidade nº _____

Não apresenta ao exame clínico de rotina realizado nesta data sinais de doença 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 _____ às _____ horas.

Necessita permanecer afastado do trabalho por 02 (dois) dias, a partir de 06/06/2022 por motivo de doença CID. J01 (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:

UBS - ÁGUA BRANCA
Av. Seis, nº 320

DATA:

06/06/2022

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL:

Dr. Edmilson Ferreira Correia
CRM nº 82221
CONTROLE 5782015

U. Conjunto Água Branca
3353-5245

Eliana A. Coutinho
GERENTE DE ATENDIMENTO
ASSISTENTE SOCIAL - CRESS 3045
CPF: 414104836-49