



**CAIXA****Comprovante de transferência entre contas da CAIXA - TEV**

Via Internet Banking CAIXA

<b>Emitente:</b>	ASSOCIACAO DOS SURDOS DE CONTAGE
<b>Conta origem:</b>	0893 / 003 / 00004717-2
<b>Conta destino:</b>	2837 / 013 / 00018560-2

<b>Nome destinatário:</b>	MARIA MADALENA DE FREITAS
<b>Valor:</b>	R\$ 814,89
<b>Identificação da operação:</b>	PAGTO SALARI REF SET/2017

<b>Data de débito:</b>	02/10/2017
<b>Data/hora da operação:</b>	02/10/2017 14:07:29

<b>Código da operação:</b>	00752993
<b>Chave de segurança:</b>	W6YRFEYJGSJ82A71

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



226 - 515

Processado por: VENUS CONTABILIDADE E PLANEJAMENTO TRIBUTARIO

### Folha Individual de Ponto

**E.M. PROFESSOR HILTON ROCHA**  
 1ª à 8ª Folha : 1

LEI DE CRIAÇÃO 2.659/94 - PORTARIA Nº 133,  
 RUA INGA, Nº 1.138 - B. IND. SÃO LUIZ  
 RENTINGEM - MG / CEP: 32.073-090  
 TELEFONE: 3352-4270

Empresa : 0042-ASSOCIAÇÃO DOS SURDOS DE CONTAGEM  
 CNPJ/CPF : 26047928000115

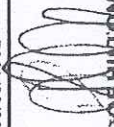
Endereço : RUA RISO DO PRADO  
 Cidade/UF : CONTAGEM/MG

Horário : 07:00 11:24 / 13:00 17:24  
 Comp. : 26/08/2017 A 25/09/2017  
 C.Custo : -

Código : 00223 - MARIA MADALENA FREITAS VIEGAS  
 Função : CUIDADOR  
 Setor : -

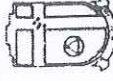

Dia	Dia da Semana	Entrada	Intervalo		Saída	Hora Extra		Assinatura
			Saída	Entrada		Entrada	Saída	
26/08	Sábado							
27/08	Domingo							
28/08	Segunda	7:00	11:25	13:01	17:26			Maria Madalena de Freitas
29/08	Terça	7:00	11:24	13:00	17:25			Maria Madalena de Freitas
30/08	Quarta	7:01	11:26	13:01	17:25			Maria Madalena de Freitas
31/08	Quinta	7:00	11:25	13:00	17:26			Maria Madalena de Freitas
01/09	Sexta	7:02	11:25	13:02	17:26			
02/09	Sábado							
03/09	Domingo							
04/09	Segunda	7:00	11:25	13:00	17:25			Maria Madalena de Freitas
05/09	Terça	7:00	11:26	13:00	17:25			Maria Madalena de Freitas
06/09	Quarta	7:01	11:25	13:00	17:24			Maria Madalena de Freitas
07/09	Quinta		7:00					
08/09	Sexta	7:00	11:25	13:01	17:25			Maria Madalena de Freitas
09/09	Sábado							
10/09	Domingo							
11/09	Segunda	7:01	11:25	13:01	17:24			Maria Madalena de Freitas
12/09	Terça	7:00	11:26	13:00	17:25			Maria Madalena de Freitas
13/09	Quarta	7:00	11:25	13:00	17:25			Maria Madalena de Freitas
14/09	Quinta	7:02	11:24	13:01	17:26			Maria Madalena de Freitas
15/09	Sexta	7:01	11:25	13:00	17:25			Maria Madalena de Freitas
16/09	Sábado							
17/09	Domingo							
18/09	Segunda	7:01	11:25	13:01	17:26			Maria Madalena de Freitas
19/09	Terça	7:00	11:24	13:00	17:25			Maria Madalena de Freitas
20/09	Quarta	7:01	11:25	13:00	17:24			Maria Madalena de Freitas
21/09	Quinta	7:03	11:24	13:01	17:25			Maria Madalena de Freitas
22/09	Sexta	7:00	11:25	13:00	17:26			Maria Madalena de Freitas
23/09	Sábado							
24/09	Domingo							
25/09	Segunda	7:00	11:25	13:01	17:25			Maria Madalena de Freitas

Obs.: Substitui o Quadro de Horário de Trabalho, de acordo com o disposto na Portaria Ministerial nº 3162 de 08/09/1982



**E.M. PROFESSOR HILTON ROCHA**  
**PROFIRIO HILTON COELHO**  
 DIRETOR DE ESCOLA MUNICIPAL - MAT. 12741-4  
 AUT. 082/2016/ SEDUC/DIR  
 ATO ADMINISTRATIVO - 19043  
 POC. EDIÇÃO 412 DE 23/12/2016



 <b>PREFEITURA DE BETIM</b>	<b>ATESTADO</b> UPAG AMBULATORIAL NÍVEL II SUS
Atesto que o(a) Sr(a) <u>Maria Madalena de Fátima</u> Portador da Carteira Profissional nº _____ e Carteira de Identidade nº _____	
<input type="checkbox"/> 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 valido como exame médico admissional, demissional ou periódico para fins da legislação de segurança e saúde do trabalhador, vide portaria nº 24 de 29/12/94 do Ministério do Trabalho).	
<input checked="" type="checkbox"/> Compareceu nesta data para consulta / exame, tendo permanecido nesta unidade no período de <u>06:45</u> às <u>15:40</u> horas.	
<input type="checkbox"/> Necessita permanecer afastado do trabalho por _____ ( _____ ) dias, a partir de ____ / ____ / ____ por motivo de doença CID: _____ (a pedido do cliente). (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)	
<input type="checkbox"/> Deverá afastar-se do trabalho no período de _____ ( _____ ) dias, a partir de ____ / ____ / ____ conforme o disposto no inciso XVII, art. 7º, capítulo II, título II da Constituição Federal de 05/10/1988. (Licença Maternidade).	
<b>OBS: Este atestado perderá o valor em caso de rasura e de preenchimento de mais de um campo.</b>	
UNIDADE DE SAÚDE: _____	
DATA <u>04.09.2017</u>	 Dr(a) <u>Marluce Marques de Souza</u> <b>CRM 65232</b> ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL