

163



Comprovante de transferência entre contas da CAIXA - TEV

Via Internet Banking CAIXA

Emitente:	ASSOCIACAO DOS SURDOS DE CONTAGE
Conta origem:	0893 / 003 / 00004717-2
Conta destino:	0893 / 013 / 00080498-1

Nome destinatário:	CONSTATINA TEODORA DA SILVA
Valor:	R\$ 1.019,07
Identificação da operação:	PAG SAL SET 2018

Data de débito:	05/10/2018
Data/hora da operação:	05/10/2018 13:45:31

Código da operação:	00561296
Chave de segurança:	QPLWQ7LVYULEN4UF

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

CONTROLE DE FREQUÊNCIA

Empregador: ASSOCIACAO DOS SURDOS DE CONTAGEM ASSOCIAÇÃO DOS SURDOS D	CNPJ/CEI: 26.047.928/0001-15
Endereço: RUA RISO DO PRADO, 198	Período: De 26/08/2018 a 25/09/2018
Atividade:	Lotação: 002 CUIDADORAS
Empregado: 000319 CONSTANTINA TEODORA DA SILVA	Cargo: CUIDADOR
CTPS: 00000070723/00502	

Dia	E1	S1	E2	S2	Prorrogação		Assinatura/Justificativa
					E	S	
26	---	---	---	---			Domingo
27	7:04	11:26	13:01	17:24			Constantina Teodora da Silva
28	7:07	11:24	13:06	17:26			Constantina Teodora da Silva
29	7:03	11:27	13:02	17:25			Constantina Teodora da Silva
30	Feriado						
31	Feriado						
01	---	---	---	---			Sábado
02	---	---	---	---			Domingo
03	7:07	11:26	13:00	17:27			Constantina Teodora da Silva
04	7:06	11:24	13:02	17:26			Constantina Teodora da Silva
05	7:03	11:25	13:03	17:24			Constantina Teodora da Silva
06	7:00	11:26	13:01	17:25			Constantina Teodora da Silva
07	---	---	---	---			Feriado - Independência do Bra
08	---	---	---	---			Sábado
09	---	---	---	---			Domingo
10	7:01	11:26	13:02	17:24			Constantina Teodora da Silva
11	7:03	11:24	13:00	17:00			Constantina Teodora da Silva
12	Atividade						
13	Atividade						
14	Atividade						
15	---	---	---	---			Sábado
16	---	---	---	---			Domingo
17	7:03	11:24	13:00	17:24			Constantina Teodora da Silva
18	7:00	11:26	13:02	17:27			Constantina Teodora da Silva
19	7:01	11:25	13:04	17:25			Constantina Teodora da Silva
20	7:04	11:27	13:01	17:24			Constantina Teodora da Silva
21	7:02	11:24	13:05	17:26			Constantina Teodora da Silva
22	---	---	---	---			Sábado
23	---	---	---	---			Domingo
24	7:03	11:27	13:00	17:27			Constantina Teodora da Silva
25	7:07	11:26	13:03	17:25			Constantina Teodora da Silva

Constantina Teodora da Silva
Assinatura do Empregado

APR 2127899-8



Prefeitura Municipal de Contagem
Secretaria Municipal de Saúde
ATESTADO



Atesto que o(a) Sr(a) Silvia Maria da Silva

portador da Carteira Profissional nº _____

e Carteira de Identidade nº _____

Não apresenta ao exame clínico de rotina realizada 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 15:30 as 17:15 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 05/03/97, 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 no inciso XVI, 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 **CCEIRIA DINIZ**

DATA 11/09/18

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL [assinatura]

Nova UPA JK

AVENIDA JOAO CESAR DE OLIVEIRA, 780, ELDORADO, CONTAGEM, MG

Atestado Médico

Atesto para devidos fins que o(a) Sr.(a) CONSTANTINA TEODORA DA SILVA, portador do CPF 264.605.806-34 e do prontuário número S 38422, foi atendido no serviço de Urgência/Emergência desta unidade em 12/09/2018 10:33 e necessita de 2 (dois dia(s)) de afastamento das suas atividades profissionais ou escolares, a partir desta data.

CID: 930.0

CONTAGEM, 12/09/2018
Médico: NELSON VILASBOAS ABREU FILHO

CRM: 63607
Nelson Vilas Boas Abreu Filho
CONTAGEM, 12/09/2018

Autorizo registro do CID: 10.

Assinatura do paciente e/ou responsável

NOVA UPA JK
AV. JOÃO CESAR DE
OLIVEIRA, 780
BAIRRO ELDORADO
CONTAGEM/MG

20180824_084715.jpg

27/08/2018

https://mail.google.com/mail/u/1/?tab=wm#inbox/FMfcgxxxBjfpfcPOMHsxKTpcFBmcmDPB?compose=DmwnWtMhFlidmgGwfbpNZssBpdHxxMwJdlmmwzjgmbqZDJSbFgqRMkcdIVpNIPbfwtlgDWHGchwwwxsbs&projector=...



Prefeitura Municipal de Contagem
Secretaria Municipal de Saúde
ATESTADO



Atesto que o(a) Sr(a) Conceição Tereza 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-contagiosa, 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 médico admissional, demissional ou periódico para fins de legislação a saúde do trabalhador vide portaria nº24 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 2 (dois) dias, a partir de 14.03.2015 por motivo de doença CID. A05 (a pedido do paciente). (Este atestado é válido p/ 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 disposto 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

14/03/2015

ASSINATURA E TERMO DO RESPONSÁVEL

CÓDIGO 0004



Prefeitura Municipal de Contagem
Secretaria Municipal de Saúde
ATESTADO



Atesto que o(a) Sr(a) Luciana Soares 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-contagiosa, 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 médico admissional, demissional ou periódico para fins de legislação a saúde do trabalhador vide portaria nº24 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 2 dias, a partir de ____ por motivo de doença CID. A05 (a pedido do paciente). (Este atestado é válido p/ 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 disposto 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

CÓDIGO QR

DATA

14/07/2018

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

[Signature]