

**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 / 00070046-9

Nome destinatário:	GISELE MARIA DE SALES
Valor:	R\$ 1.021,89
Identificação da operação:	PAG SAL SET 2018

Data de débito:	05/10/2018
Data/hora da operação:	05/10/2018 14:13:56

Código da operação:	00576832
Chave de segurança:	ZFLQ60NQ8189PC2T

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: ASSOCIAÇÃO DOS SURDOS DE CONTAGEM ASSOCIAÇÃO DOS SURDOS DE					CNPJ/CEI: 26.047.928/0001-15		
Endereço: RUA RISO DO PRADO, 198					Período: De 28/08/2018 a 25/09/2018		
Atividade:					Lotação: 002 CUIDADORAS		
Empregado: 000533 GISELE MARIA DE SALES				Cargo: CUIDADOR		CTPS: 00000041913/00092	
Dia	Prorrogação				Assinatura/Justificativa		
	E1	S1	E2	S2			
26							Domingo
27	ATESTADO						
28	ATESTADO						
29	ATESTADO						
30	ATESTADO						
31	ATESTADO						
01							Sábado
02							Domingo
03	06:58	11:21					Gisele maria de sales
04	07:00	11:30					Gisele maria de sales
05	06:45	11:19					Gisele maria de sales
06	07:02	11:30					Gisele maria de sales
07							Feriado - Independência do Bra
08							Sábado
09							Domingo
10	06:50	11:25					Gisele maria de sales
11	07:00	11:30					Gisele maria de sales
12	06:48	11:30					Gisele maria de sales
13	07:02	11:19					Gisele maria de sales
14	06:59	11:30					Gisele maria de sales
15							Sábado
16							Domingo
17	07:00	11:25					Gisele maria de sales
18	06:48	11:30					Gisele maria de sales
19	07:04	11:19					Gisele maria de sales
20	06:58	11:30					Gisele maria de sales
21	07:49	11:30					Gisele maria de sales
22							Sábado
23							Domingo
24	07:00	11:49					Gisele maria de sales
25	08:00	11:59					Gisele maria de sales

Gisele maria de sales
Assinatura do Empregado

E.M. GIOVANINI CHIODI
Joel Lucas de Souza
Diretor - Matr.: 01397385
Ato Adm. 19565 Pub. Doc. 20/03/2018

CONTROLE DE FREQUÊNCIA

Empregador: ASSOCIAÇÃO DOS SURDOS DE CONTAGEM - ASSOCIAÇÃO DOS SURDOS
 Endereço: RUA RISO DO PRADO, 199
 Atividade:
 Empregado: 000333 GISELE MARIA DE SALES
 Cargo: CUIDADOR
 CNPJ/CEI: 26.047.929/0001-15
 Período: De 26/08/2018 a 25/09/2018
 Lotação: 002 CUIDADORAS
 CTPS: 00000041913/00092

Dia	E1	S1	E2	S2	Prorrogação		Assinatura/Justificativa
					E	S	
26							
27							Domingo
28							
29							
30							
31							
01							
02							Sábado
03							Domingo
04			13:45	17:30			Cuide mais de sobr
05			13:00	17:20			Cuide mais de sobr
06			12:58	17:19			Cuide mais de sobr
07			13:00	17:30			Cuide mais de sobr
08							Feriado - Independência do Bra
09							Sábado
10							Domingo
11			12:48	17:25			Cuide mais de sobr
12			12:53	17:30			Cuide mais de sobr
13			12:40	17:19			Cuide mais de sobr
14			13:00	17:30			Cuide mais de sobr
15			12:55	17:25			Cuide mais de sobr
16							Sábado
17							Domingo
18			13:00	17:30			Cuide mais de sobr
19			12:58	17:30			Cuide mais de sobr
20			13:00	17:19			Cuide mais de sobr
21			12:48	17:30			Cuide mais de sobr
22			13:00	17:20			Cuide mais de sobr
23							Sábado
24							Domingo
25			12:40	17:25			Cuide mais de sobr
26			13:00	17:19			Cuide mais de sobr

Umer Ipé *[Assinatura]*
 Soraya Aparecida NO Maia
 Diretora Escolar 111112-0

[Assinatura]
 Assinatura do Empregado

União de Amarelo Dona Cecília Kest
 Rua do Ipe, Nº 16, Bairro Ipe Amarelo
 CEP: 32061-50 Tel: (31) 3911-4060
 Lei de Acesso nº 100 de 12 de maio de 2000

União de Amarelo Dona Cecília Kest
 Rua do Ipe, Nº 16, Bairro Ipe Amarelo
 CEP: 32061-50 Tel: (31) 3911-4060
 Lei de Acesso nº 100 de 12 de maio de 2000



Prefeitura Municipal de Contagem
Secretaria Municipal de Saúde
ATESTADO



Atesto que o(a) Sr(a) Fiselle Maria Sales
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 valido 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 periodo de _____ às _____ horas.

Necessita permanecer afastado do trabalho por 07, sete dias, a partir de 25/08/18 por motivo de doença CID. J110. (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 periodo 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 UPA VALGEN DAS FLORES
Av. Retiro dos Imigrantes, 80
Bairro Retiro, Contagem - MG
3011-7232 / 3357-5111

DATA 25/08/18 ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL _____

SMS-A11

Scanned by CamScanner