



TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

Conta origem: 0893 / 003 / 00000287-0

Conta destino: 4972 / 013 / 00009119-5

Nome destinatário: SCiomARA G OLIVEIRA

Quantidade de vezes:

Valor: R\$ 3.065,00

Data de débito: 04/08/2021

Data/hora da operação: 04/08/2021 06:35:24

Código da operação: 000272

Chave de segurança: 5LL516JLMGKSZXXN

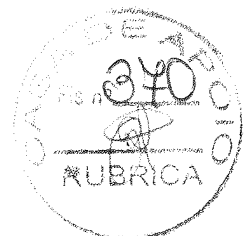
Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Help Desk CAIXA: 0800 726 0104



03484 CASA DE APOIO A CRIANÇA CARENTE DE CONTAG DAS PAINEIRAS, 1448 00.211.504/0001-50 Demonstrativo de Pagamento de Salário
 julho-21 SERVIÇO DE CONVIVENCIA Coordenador (a)

001915 SCIAMARA GONÇALVES DE OLIVEIRA CPF: 77697340615

Cód.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
001	Salario Base	030,00	3.541,40	
999	Arredondamento no Mes		0,21	
681	Seguro			4,62
610	Desc Arredondamento Mes Anterior			0,57
903	INSS Folha			347,07
914	IRRF Folha			124,35
			3.541,61	476,61
			Valor Liquido	3.065,00

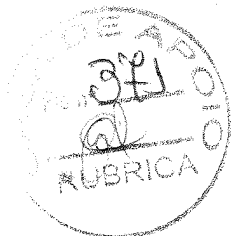
Saldo Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
3.541,40	3.541,40	9,8003	3.541,40	283,31	3.194,33

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE RECIBO

04/09/21
DATA

[Handwritten Signature]
ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO

Certificamos que o Material/ Serviço constante deste documento foi Recebido/ Prestado em perfeitas condições.
 Cheque: 476,61 Área/Conta: 9550 de 20 21
 Contagem: 04 de 09 de 2021
Assinatura *[Handwritten Signature]*



DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO.

Paciente Rosimaria Gonçalves de Oliveira CI / SSP _____

Endereço: Rua Gentil Portugal do Brasil N: 55

Rua/Ave _____

Bairro: Camargos cidade Belo Horizonte

Telefone residencial _____ Celular 9 75 10 03 78

Atesto a pedido do (a) interessado (a) , para fins de _____

junto a _____ que o sr. (a) compareceu

a Rua tenente Renato César ,106, Bairro Cidade Jardim, Belo

Horizonte/MG, no dia 09/01/2024 no período de 07:30 às

10:15 para consulta Odontológica.

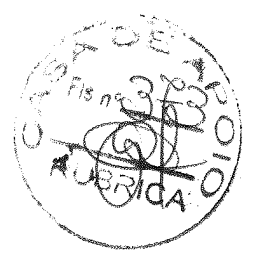
Dr. Heitor Duarte
Cirurgião-Dentista

Nome completo _____
Nº de Registro no CRO-MG _____

[Assinatura]

Assinatura do CD.

Dr. Heitor Duarte
Cirurgião-Dentista
CRO-MG 57057





PRONTUARIO: 100805 PACIENTE: SCIAMARA GONCALVES DE OLIVEIRA
ATENDIMENTO: 675561 DATA ATEND: 18/08/2021 SEXO: Feminino NASC: 16/09/1969
NOME DA MÃE: ANTONIA DE SOUSA E SILVA IDADE: 51 ANOS
MEDICO: ALESSANDRO LUIS GONCALVES CRM: 60456
CONVENIO: PROMED / CLASSIC ENFERMARIA 18/08/2021 16:26
LOCAL: CONTA 622870

ATESTADO MÉDICO

DE ACORDO COM A LEI Nº 605, DE 5 DE JANEIRO DE 1949, ART. 6º, LETRA f), ATESTAMOS QUE O SR. (A):

SCIOMARA GONCALVES DE OLIVEIRA CARTEIRA DE IDENTIDADE DE NÚMERO 5092667
ORGÃO EMISSOR SSP-MG CPF NÚMERO 77697340615 FOI ATENDIDO NESTA UNIDADE DE SAÚDE PARA
TRATAMENTO MÉDICO, CLASSIFICADO COM O CID Nº R51 E, DE ACORDO COM O QUADRO CLÍNICO, DE-
VERÁ FICAR AFASTADO DE SUAS ATIVIDADES DIÁRIAS DURANTE 01 DIAS, A PARTIR DE 18/08/2021

Eu, _____ autorizo a inclusão do CID no atestado médico.

BELO HORIZONTE

QUARTA-FEIRA, 18 DE AGOSTO DE 2021



ALESSANDRO LUIS GONCALVES - MEDICO(A) - CRM - 60456

Av. Barbacena, 653 - Barro Preto, Belo Horizonte - MG, 30190-130 - (31) 3337-1000

