

**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\$ 2.935,00**Data de débito:** 06/10/2020**Data/hora da operação:** 06/10/2020 06:53:18**Código da operação:** 004124**Chave de segurança:** 7VLM9WWRV66YQQUR

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 CONTAC **Demonstrativo de Pagamento de Salário**  
 DAS PAINEIRAS, 1448 00.211.504/0001-50  
 setembro-20 SERVIÇO DE CONVIVENCIA Coordenador (a)

001915 SCIAMARA GONÇALVES DE OLIVEIRA CPF: 77697340615

Cód.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
001	Salario Base	030,00	3.372,76		
999	Arredondamento no Mes		0,05		
681	Seguro			4,48	
610	Desc Arredondamento Mes Anterior			0,76	
903	INSS Folha			331,12	
914	IRRF Folha			101,45	
Felicidades no seu Aniversário.			3.372,81	437,81	
			<b>Valor Líquido</b>	<b>2.935,00</b>	
Saldo Base	Sal. Contri. INSS	Base Calc FGTS	F.G.T.S do mês	Base Calc IRRF	Faixa IRRF
3.372,76	3.372,76 9,8174	3.372,76	269,82	3.041,64	
DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE RECIBO					
06 / 10 / 2020		ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO			
DATA					

RECEBEMOS em casa a importância de R\$ 2.935,00 (dois mil e novecentos e trinta e cinco reais) referente ao pagamento de salário de setembro de 2020.  
 Cheque nº 00424. Assinado por SCIAMARA GONÇALVES DE OLIVEIRA.  
 Assinatura: *[Assinatura]*

# FOLHA DE PONTO

PERÍODO: SETEMBRO/2020

EMPRESA: CASA DE APOIO A CRIANÇA CARENTE DE CONTAGEM

CNPJ: 00.211.504/0001-50

ENDEREÇO: DAS PAINEIRAS, 1448 ELDORADO - Contagem - MG - CEP: 32310-400

FUNCIONÁRIO SCIAMARA GONÇALVES DE OLIVEIRA

(001915)

FUNÇÃO: Coordenador (a)

ADMISSÃO: 23/08/2019

CTPS: 06004794/00060-MG

JORNADA ENTRADA: 07:00 SAÍDA: 17:00

Departamento SERVIÇO DE CONVIVENCIA

DIA	HORA DE ENTRADA	INTERVALO		HORA DA SAÍDA	ASSINATURA DO EMPREGADO
		SAÍDA	ENTRADA		
1 ter	08:00	13:00	14:00	17:00	
2 qua	08:00	13:01	14:01	17:00	
3 qui	07:58	13:00	14:00	17:00	
4 sex	08:01	13:00	14:00	17:00	
5 sáb				17:00	
6 dom					-
7 seg					-
8	08:00	12:00	13:01	17:00	
9 qua	08:00	12:00	13:00	17:00	
10 qui	08:00	12:00	13:00	17:00	
11 sex	08:00	12:01	13:01	17:00	
12 sáb				17:00	
13 dom					-
14 seg	08:00	12:05	13:00	17:00	
15 ter	08:00	12:01	13:00	17:00	
16 qua	08:01	12:00	13:00	17:00	
17 qui	08:03	12:00	13:00	17:00	
18 sex	08:00	12:00	13:00	17:00	
19 sáb				17:00	
20 dom					-
21 seg	08:00	12:00	13:00	17:00	
22 ter	08:00	12:00	13:00	17:00	
23 qua	08:01	12:00	13:00	17:00	
24 qui	08:01	12:00	13:00	17:00	
25 sex	08:00	12:00	13:00	17:00	
26 sáb				17:00	
27 dom					-
28 seg	08:00	12:00	13:00	14:50	
29 ter	08:00	12:00	13:00	17:00	
30 qua	08:00	12:00		17:00	

OBSERVAÇÕES:

---



---



---

Na qualidade de seu médico assistente, atesto para os devidos fins que, Sra. SCIAMARA GONCALVEZ DE OLIVERA, compareceu a este consultório no dia 28/09/2020 entre 16:00 e 17:38, para atendimento médico.

**Belo Horizonte, 28 de setembro de 2020**

06.174.118/0001-12  
CLÍNICA DE DERMATOLOGIA  
LIFE LASER LTDA. - ME  
Av. do Contorno, 4747 - Salas 1713 e 1714  
Funcionários - CEP 30110-921  
BELO HORIZONTE - MG



## DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO DE ACOMPANHANTE

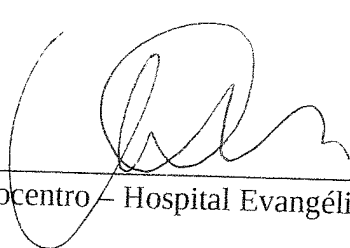


Declaro para os devidos fins que:

.....*Siomara Gonçalves de Oliveira*.....

Portador(a) do documento de identidade nº. *M.5.09.266.7*.....  
compareceu ao Hospital Evangélico situado a Rua Sacramento nº 225,  
Bairro Serra no dia *30/09/20*..... no horário de *14:00 às 18:00* como  
acompanhante do paciente *João Gonçalves de Oliveira*.....  
para realização de ( ) Endoscopia (  ) Colonoscopia.

Atenciosamente,

  
\_\_\_\_\_  
Gastrocentro - Hospital Evangélico