

**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\$ 2.936,00**Data de débito:** 04/12/2020**Data/hora da operação:** 04/12/2020 07:08:11**Código da operação:** 004600**Chave de segurança:** LW3YGZG22JKJ5TJ4

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
 01/11/2020 a 30/11/2020 SERVIÇO DE CONVIVENCIA


Demonstrativo de Pagamento de Salário

00.211.504/0001-50

001915 SCIAMARA GONÇALVES DE OLIVEIRA

Coordenador (a)

Cód.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
001	Salario Base	030,00	3.372,76		
999	Arredondamento no Mes		0,63		
681	Seguro			4,48	
610	Desc Arredondamento Mes Anterior			0,34	
903	INSS Folha			331,12	
914	IRRF Folha			101,45	
Atestado de 13/11/2020 até 24/11/2020 (088:00) Atestado de 23/11/2020 até 27/11/2020 (036:40)			3.373,39	437,39	
			Valor Liquido	2.936,00	
Saldo Base	Sal. Contri. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
3.372,76	3.372,76	9,82	3.372,76	269,82	3.041,64
DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE RECIBO					
<u>04/12/2020</u>					
DATA		ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO			

Certificamos que o Material de Trabalho apresentado neste documento foi recebido e pago pela Com. 297,00
 Cheque nº 4600 - Área Com. 297,00
 Data de Recebimento 04/12/2020
 Assinatura 

FOLHA DE PONTO

PERÍODO: **NOVEMBRO/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 SCIOMARA 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 dom					
2 seg					
3 ter	08:00	12:00	13:00	17:00	<i>[Handwritten Signature]</i>
4 qua	08:00	12:01	13:02	17:00	<i>[Handwritten Signature]</i>
5 qui	08:01	12:00	13:00	17:00	<i>[Handwritten Signature]</i>
6 sex	08:00	12:01	13:01	17:00	<i>[Handwritten Signature]</i>
7					
8 dom					
9 seg	08:00	12:00	13:00	17:00	<i>[Handwritten Signature]</i>
10 ter	08:00	12:00	13:00	17:00	<i>[Handwritten Signature]</i>
11 qua	08:00	12:00			<i>[Handwritten Signature]</i>
12 qui	08:00	12:00	13:00	17:01	<i>[Handwritten Signature]</i>
13 sex					
14 sáb					
15 dom					
16 seg					
17 ter					
18 qua					
19 qui					
20 sex					
21 sáb					
22 dom					
23					
24 ter					
25 qua					
26 qui					
27 sex					
28 sáb					
29 dom					
30 seg	08:00	12:00	13:00	17:00	<i>[Handwritten Signature]</i>

OBSERVAÇÕES:

DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO.

Paciente Sciomara Gonçalves CI / SSP MS 092 667


Endereço:

Rua/Ave R. Genti Portugal do Brasil 55 Ap 504

Bairro: Pomares cidade Belo Horizonte

Telefone residencial 3376 6920 Celular 97510 0378

Atesto a pedido do (a) interessado (a) , para fins de trabalhista junto a _____ que o sr. (a) compareceu a Rua tenente Renato César ,106, Bairro Cidade Jardim, Belo Horizonte/MG, no dia 11/11/2020 no período de 13:20 às 14:50 para consulta Odontológica.


Dra. Amanda Carolina Neiva Leijóto
CIRURGIÁ DENTISTA
CRO-MG 43.404

Nome completo do CD
Nº de Registro no CRO-MG

Assinatura do CD.



ATESTO QUE O(A) SR(A) Saionara Gonçalves de Oliveira

PORTADOR DA CARTEIRA PROFISSIONAL Nº _____

E CARTEIRA DE IDENTIDADE Nº M 5092667

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 - PSQUIÁTRICA. (ESTE ATESTADO NÃO É VÁLIDO COMO EXAME MÉDICO ADMISSIONAL, OU PERIÓDICO PARA FINS DA LEGISLAÇÃO DE SEGURANÇA E SAÚDE DO TRABALHADOR, VIDE PORTARIA Nº 24 DE 29/12/94 DO MINISTÉRIO DO TRABALHO).

NECESSITA PERMANECER AFASTADO DO TRABALHO POR 12 (doze) DIAS, A PARTIR DE 13/11/20 POR MOTIVO DE DOENÇA CID. _____ (A PEDIDO DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL LEGAL).

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)

OBSERVAÇÃO
ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA FINALIDADES PREVISTAS NO DECRETO 3040 DE 06/05/1999 DA REGULAMENTAÇÃO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL, NA RESOLUÇÃO CFM 1658/2002 E NA LEI Nº 5081 DE 24/08/1966 QUE REGULA O EXERCÍCIO DA ODONTOLOGIA NO BRASIL, ALTERADA NA LEI 6215 DE 30/06/1975.
ESTE ATESTADO PERDERÁ O VALOR EM CASO DE RASURA

UNIDADE DE SAÚDE _____
DATA: 13/11/20
CARIMBO DO MÉDICO / ODONTÓLOGO - CRO

Dra. Ligia Reis Miguel Silva
CRM nº 69634
CONTROLE 736112

SAAA-03001036 - G/GE



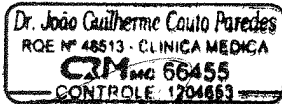
PRONTUARIO: 100805 PACIENTE: SCIAMARA GONCALVES DE OLIVEIRA
ATENDIMENTO: 585080 DATA ATEND: 23/11/2020 SEXO: Feminino NASC: 16/09/1969
NOME DA MÃE: ANTONIA DE SOUSA E SILVA IDADE: 51 ANOS
MEDICO: JOAO GUILHERME COUTO PAREDES CRM: 66455
CONVENIO: PROMED / CLASSIC ENFERMARIA 23/11/2020 21:31
LOCAL: CONTA 540101

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 J06 E, DE ACORDO COM O QUADRO CLÍNICO, DE-
VERÁ FICAR AFASTADO DE SUAS ATIVIDADES DIÁRIAS DURANTE 5 DIAS, A PARTIR DE 23/11/2020

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



BELO HORIZONTE

SEGUNDA-FEIRA, 23 DE NOVEMBRO DE 2020

JOAO GUILHERME COUTO PAREDES - MEDICO(A) - CRM - 66455

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