



TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

Conta origem: 0893 / 003 / 00000287-0
Conta destino: 4972 / 1288 / 000773194847-2

Nome destinatário: SCiomara G OLIVEIRA
Quantidade de vezes:
Valor: R\$ 3.066,00

Data de débito: 08/09/2021
Data/hora da operação: 08/09/2021 15:26:26

Código da operação: 838928127
Chave de segurança: 65JJ7Q3X81S3N9NK

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 **Demonstrativo de Pagamento de Salário**
 DAS PAINEIRAS, 1448 00.211.504/0001-50
 agosto-21 SERVIÇO DE CONVIVENCIA Coordenador (a)

001915 SCiomara GONÇALVES DE OLIVEIRA CPF: 77697340615

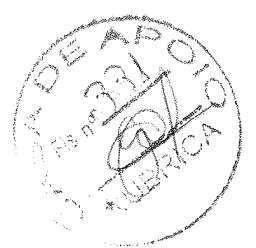
Cód.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
001	Salario Base	030,00	3.541,40		
999	Arredondamento no Mes		0,85		
681	Seguro			4,62	
610	Desc Arredondamento Mes Anterior			0,21	
903	INSS Folha			347,07	
914	IRRF Folha			124,35	
			3.542,25	476,25	
			Valor Líquido	3.066,00	
Saldo Base	Sal. Contri. 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

08/09/21
DATA

[Assinatura]
ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO

Certificamos que o Material/Service constante deste documento foi Recebido/ Prestado em perfeitas condições.
 Pago pela Conta: 8810
 Cheque: 8810 Areal/Conta: de 20
 Contagem: 08/09/21 de 2021
 Assinatura *[Assinatura]*



FOLHA DE PONTO

PERÍODO: 01/08/2021 a 31/08/2021

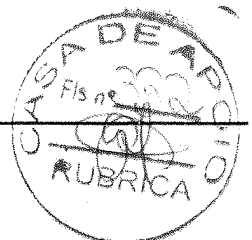
EMPRESA: CASA DE APOIO A CRIANÇA CARENTE DE CONTAGEM CNPJ: 00.211.504/0001-50
 ENDEREÇO: DAS PAINEIRAS, 1448 ELDORADO - Contagem - MG - CEP: 32310-400

FUNÇÃO: Coordenador (a)
 FUNCIONÁRIO SCIAMARA GONÇALVES DE OLIVEIRA
 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	08:00	12:00	13:00	17:00	<i>[Signature]</i>
3 ter	08:00	12:00	13:00	17:00	<i>[Signature]</i>
4 qua	08:00	12:00	13:00	17:00	<i>[Signature]</i>
5 qui	08:00	12:00	13:00	17:00	<i>[Signature]</i>
6 sex	08:00	12:00	13:00	17:00	<i>[Signature]</i>
7 sáb					-
8 dom					-
9 seg	10:30	12:00	13:00	17:00	<i>[Signature]</i> Faltado
10 ter	08:00	12:00	13:00	17:00	<i>[Signature]</i>
11 qua	08:00	12:00	13:00	17:00	<i>[Signature]</i>
12 qui	08:00	12:00	13:00	17:00	<i>[Signature]</i>
13 sex	08:00	12:00	13:00	17:00	<i>[Signature]</i>
14 sáb					-
15 dom					-
16 seg	08:00	12:00	13:00	17:00	<i>[Signature]</i>
17 ter	08:00	12:00	13:00	17:00	<i>[Signature]</i>
18 qua					<i>[Signature]</i> Faltado
19 qui	08:00	12:00	13:00		<i>[Signature]</i>
20 sex	08:00	12:00	13:00	17:00	<i>[Signature]</i>
21 sáb					-
22 dom					-
23 seg	08:01	12:00	13:00	14:00	<i>[Signature]</i> Faltado
24 ter	08:01	12:00	13:00	17:00	<i>[Signature]</i>
25 qua	08:01	12:00	13:00	17:00	<i>[Signature]</i>
26 qui	08:00	12:00	13:00	17:00	<i>[Signature]</i>
27 sex	08:00	12:00	13:00	17:00	<i>[Signature]</i>
28 sáb					-
29 dom					-
30 seg	08:00	12:00	13:00	17:00	<i>[Signature]</i>
31 ter	08:00	12:00	13:00	17:00	<i>[Signature]</i>

OBSERVAÇÕES:



DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO.

Paciente Lucimara Gomes de Oliveira CI / SSP _____

Endereço: Rua Genêl Portugal do Brasil N: 55

Rua/Ave _____

Bairro: Camargos cidade Belo Horizonte

Telefone residencial _____ Celular 975 10 0378

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 09/08/2021 no período de 07:30 às 10:15 para consulta Odontológica.

Dr. Heitor Duarte
Cirurgião-Dentista

[Assinatura]

Nome completo Dr. Heitor Duarte
Nº de Registro no CRO-MG 57057

Assinatura do CD.

Dr. Heitor Duarte
Cirurgião-Dentista
CRO-MG 57057





PRONTUARIO: 100805 PACIENTE: SCIOMARA 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

Dr. Alessandro Luis Goncalves
MÉDICO
CRM_{MG} 60456
CONTROLE: 0546569



ALVIAP - Medicina e Psicologia do Trânsito Ltda.

Rua Fernandes Tourinho, 1.030 Sala 601

Belo Horizonte - MG

30.112-000

(31) 3227-9658

DECLARAÇÃO

Nome: SCIOMARA GONCALVES DE OLIVEIRA

CPF: 776.973.406-15

Identidade: M5092667

Órgão emissor: SSP

Endereço: Rua ALAMEDA TINGUASSU , 127/CASA

Bairro: DOM CABRAL

Cidade: Belo Horizonte

Estado: MG

Data: 23/08/2021

Hora de chegada: 15:50

Hora de saída: 16:18

Motivo do comparecimento: Renovação

Declaramos para os devidos fins que o cliente acima identificado compareceu a esta clínica, na data e horas acima, para avaliação médica e/ou psicológica, para obtenção/renovação de CNH (Carteira Nacional de Habilitação).

Belo Horizonte - MG, 23/8/2021.

**ALVIAP-MEDICINA E PSICOLOGIA
DO TRÂNSITO LTDA.**

Assinatura da clínica

