

	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL	Página: 1 Posição: 29/06/2018
	CAIXA PROGRAMADO	
RELATÓRIO DE AGENDAMENTOS - SALÁRIO - AMPLIAÇÃO DE BASE		
CÓDIGO DO COMPROMISSO: 028525 NOME: FRATERNIDADE ESPIRITA IRMAO GL		Período de 04/05/2018 até 04/05/2018

FORMA DE CREDITO EM
PAGAMENTO: CONTA

Agendamento	CPF	NOME	BCO	AGÊNCIA	TIPO DE CONTA	CONTA CREDITADA	DT CREDITO	MOTIVO	VALOR	MOEDA	SITUAÇÃO
002918	102.935.916-44	ARLINDA PEREIRA DE SOUZA	104	0090	Conta Salário	997635162-9	04/05/2018		1.014,00	Real	REMETIDO
002919	768.731.616-91	CARMEM LUCIA DA COSTA KHOURI	104	0090	Conta Salário	997635252-8	04/05/2018		1.568,00	Real	REMETIDO
002920	040.076.146-79	DANILA DA SILVA BARBOSA	104	0090	Conta Salário	997635251-0	04/05/2018		1.680,00	Real	REMETIDO
002921	073.870.126-28	ELICELIA FRANCISCA DE LIMA CAS	104	0090	Conta Salário	997635072-0	04/05/2018		982,00	Real	REMETIDO
002922	037.607.306-39	FABIANA MONTEIRO MARTINS	104	0089	Conta Salário	993885609-3	04/05/2018		1.816,00	Real	REMETIDO
002923	000.773.326-79	FATIMA MARIA DE SOUZA	104	0090	Conta Salário	997635250-1	04/05/2018		1.589,00	Real	REMETIDO
002924	059.817.716-74	FLAVIA APARECIDA BONFIM DE MO	104	0089	Conta Salário	988281274-6	04/05/2018		879,00	Real	REMETIDO
002925	007.004.776-67	GENIVALDA ANGELO MATEUS	104	0090	Conta Salário	997635029-0	04/05/2018		1.331,00	Real	REMETIDO
002926	013.154.916-21	GISLENE SILVA DE ALMEIDA SOARE	104	3797	Conta Salário	997244628-5	04/05/2018		1.225,00	Real	REMETIDO
002927	056.479.516-00	GRAZIELA VIANA DE OLIVEIRA	104	0089	Conta Salário	993756566-4	04/05/2018		1.226,00	Real	REMETIDO
002928	970.253.996-04	IMACULADA CONCEIÇÃO BONFIM FER	104	0090	Conta Salário	997635079-7	04/05/2018		1.231,00	Real	REMETIDO
002929	047.689.336-45	KARINA A DE OLIVEIRA SANTOS	104	0090	Conta Salário	997635177-7	04/05/2018		1.420,00	Real	REMETIDO
002930	064.206.446-66	LUCIVANIA FERREIRA DA SILVA	104	0090	Conta Salário	997634522-0	04/05/2018		1.312,00	Real	REMETIDO
002931	030.776.526-17	MARIA DAS GRAÇAS SILVA	104	2940	Conta Salário	997334180-0	04/05/2018		1.332,00	Real	REMETIDO
002932	692.479.006-20	MARIA DOS ANJOS PEREIRA DA SIL	104	0090	Conta Salário	997635197-1	04/05/2018		1.444,00	Real	REMETIDO
002933	989.140.736-53	NEIDE APARECIDA S M NEVES	104	0090	Conta Salário	997635244-7	04/05/2018		1.565,00	Real	REMETIDO
002934	077.259.286-18	PALLOMA JESSICA FIDELIX	104	0089	Conta Salário	997173040-0	04/05/2018		942,00	Real	REMETIDO
002935	044.944.036-28	REGINA PEREIRA RIBEIRO	104	0090	Conta Salário	997634523-8	04/05/2018		1.226,00	Real	REMETIDO
002936	936.930.106-25	RENATA APARECIDA VILAÇA	104	0090	Conta Salário	997635073-8	04/05/2018		1.593,00	Real	REMETIDO
002937	042.424.926-00	RITA DE CASSIA SANTOS	104	0090	Conta Salário	997635175-0	04/05/2018		1.445,00	Real	REMETIDO
002938	045.762.656-95	ROSANA LUCIA DOS SANTOS	104	0090	Conta Salário	997635189-0	04/05/2018		1.126,00	Real	REMETIDO
002939	700.106.002-05	WISLINE MARDI	104	0090	Conta Salário	997635028-2	04/05/2018		1.004,00	Real	REMETIDO
002940	001.052.046-50	ZILENE RODRIGUES DA SILVA	104	0090	Conta Salário	997635247-1	04/05/2018		1.589,00	Real	REMETIDO
TOTAL GERAL:									30.539,00		



ATESTADO

Atesto que o (a) Sr (a)

Luciana Ferreira da Silva

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-psiquiátrica. [Este atestado não é válido como exame médico admissional, demissional ou periódico para fins da legislação de segurança e saúde do trabalhador, vide portaria nº24 de 29/12/94 do Ministério do Trabalho].

Compareceu nesta data para consulta/exame, tendo permanecendo na unidade no período de 15:00 às 17:00 horas.

Necessita permanecer afastado do trabalho por _____
(_____) dias, à partir de _____ / _____ / _____ por motivo de doença CID. _____ (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 de trabalho no período de _____
(_____) dias, à partir de _____ / _____ / _____ conforme o disposto no inciso XVII, art 7º, capítulo II, título I da Constituição Federal de 05/10/88. (Licença - Maternidade)

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

16 / 04 / 18

DATA

Tânia Aparecida dos Santos
Ginecologista
CRM 23105

ASSINATURA/CARIMBO MÉDICO/CRM

OBS.: Este atestado perderá o valor em caso de rasura ou preenchimento de mais de um campo.