

170/484



06/01/2020

- BANCO DO BRASIL -

10:09:29

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: Crédito em conta corrente

CLIENTE: CENTRO DE ATENDIMENTO E I

AGÊNCIA: 1.229-7

CONTA: 000.000.048.681-7

DATA DA TRANSFERENCIA:

03/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

000000000000

VALOR TOTAL:

2.443,94

***** TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MAXSANDER ALMEIDA DE SOUZA

BANCO: 001 - BANCO DO BRASIL

AGÊNCIA: 3.610-2

CONTA: 000.000.045.135-5

Nr. da Autenticação: E.B0F.57C.5F6.20F.E09



CAIS CENTRO DE ATENDIMENTO E INCLUSAO SO

RAJ Nº 171
32.370-270 - CONTAGEM - MG
CNPJ: 21.725.056/0001-83

Referência
DEZEMBRO/2019

Fis
1/1

Folha
MENSAL

Reserva
Data do Crédito: 03/01/2020

Matrícula: 000000485
Nome: MAXSANDER ALMEIDA DE SOUZA
Cargo/Nível: PSICOLOGO /
Data Admissão: 15/04/2019
Lotação: ATENDIMENTO CLINICO - TECNICOS

Descrição	Qtd	Valor	Proventos	Qtd	Valor	Descntos	Qtd	Valor	
SALARIO	29,00	2.642,63				INSS MES	9,00	246,04	
AUXILIO DOENCA	1,00	91,13				IRRF MES	7,50	43,78	
TOTAL DE PROVENTOS			2.733,76			TOTAL DE DESCNTOS			289,82

Atesto que o material/Serviço foi entregue / prestado
03 01 2020
M3264432

Salário Base: 2.733,76
Sal. Contrib. INSS: 2.733,76
Base Calc. FGTS: 2.733,76
FGTS Mês: 218,70
Base Calc. IRRF: 2.487,72
LÍQUIDO A RECEBER: 2.443,94

484/171

172/684

ESPELHO DO CARTÃO DE PONTO

Empresa CENTRO DE ATENDIMENTO E INCLUSAO SOCIAL - CAIS
Endereço RUA AJ, 171

21.725.056/0001-83
MG

Funcionário : 00000062 MAXSANDER ALMEIDA DE SOUZA
Cargo : PSICÓLOGO
Admissão : 15/04/2019
Setor : 0000000001 CLINICO Per. de Ref. : 01/12/2019 à 31/12/2019
Horário : 4 H DIA Emissão : 08/01/2020

Observação

Data	Extra		1º Período		2º Período		Extra		Horas		Quadro de Horários
	Ini	Fim	Ini	Fim	Ini	Fim	Ini	Fim	Trab	Desc	
Dom 01/12			DOM	DOM	DOM	DOM					DOM
Seg 02/12			MEDIC	MEDIC	MEDIC	MEDIC					MOV
Ter 03/12			08:01	12:12	12:49	12:38	12:38	16:56	04:00		MOV
Qua 04/12			12:38	16:38				16:55	04:00		MOV
Qui 05/12			12:33	16:33				16:57	04:00		MOV
Sex 06/12			FOL	FOL	FOL	FOL					FOL
Sab 07/12			SAB	SAB	SAB	SAB					SAB
Dom 08/12			DOM	DOM	DOM	DOM					DOM
Seg 09/12			08:11	12:08	12:53	12:56	12:56	16:57	04:00		MOV
Ter 10/12			08:14	12:02	12:48	13:00	13:00	17:03	04:00		MOV
Qua 11/12			12:57	17:02					04:00		MOV
Qui 12/12			13:09	16:58					03:49	00:11	MOV
Sex 13/12			FOL	FOL	FOL	FOL					FOL
Sab 14/12			SAB	SAB	SAB	SAB					SAB
Dom 15/12			DOM	DOM	DOM	DOM					DOM
Seg 16/12			08:03	12:08	12:33	12:28	12:28	16:54	04:00		MOV
Ter 17/12			08:03	12:09	13:35	13:29	13:29	17:05	04:00		MOV
Qua 18/12			12:59	16:59					04:00		MOV
Qui 19/12			13:02	16:55					03:53		MOV
Sex 20/12			FER	FER	FER	FER					FER
Sab 21/12			SAB	SAB	SAB	SAB					SAB
Dom 22/12			DOM	DOM	DOM	DOM					DOM
Seg 23/12			FER	FER	FER	FER					FER
Ter 24/12			FER	FER	FER	FER					FER
Qua 25/12			FER	FER	FER	FER					FER
Qui 26/12			12:55	17:04					04:00		MOV
Sex 27/12			FOL	FOL	FOL	FOL					FOL
Sab 28/12			SAB	SAB	SAB	SAB					SAB
Dom 29/12			DOM	DOM	DOM	DOM					DOM
Seg 30/12			07:54	12:00	12:57	12:51	12:51	16:57	04:00		MOV
Ter 31/12			FER	FER	FER	FER					FER

RESUMO

Horas Normais 52:00
DSR Normais 36:40
Total Semanal 20:00
Saldo Banc 000:00
Adc Noturno
Tot Descontado 00:11

Extra A 050% : 025:11

	Pagos	Desc.
H. Trab.	51:42	
DSR	36:40	
Atrasos		
Faltas		
Saídas Antecipada		00:11

De conformidade com a port. MTB No.3.626, de 13.11.91 Art 13, este Cartao de Ponto substitui, para todos os efeitos legais, o quadro de Horario de Trabalho inclusive o de menores

louzagm, 03 / 01 / 2020
Local e Data

esouza
Reconheço a exatidão destas informações e dou fé,
MAXSANDER ALMEIDA DE SOUZA

173/484

Hospital Municipal Odilon Behrens

			M/ 29								
Nome do paciente: Maxsander Almeida De Souza											
Data de nascimento: 23-Outubro-1990											
Responsáveis: Barbara Oliveira Nitzsche, Drª (Clínica Médica)											
<table border="1"> <tr> <th>Nº prontuário</th> <th>Nº de episódio</th> <th>Tipo de episódio</th> <th>Data de admissão</th> </tr> <tr> <td>S837011</td> <td>S1657203</td> <td>Urgência</td> <td>01:42h 02-Dez-2019</td> </tr> </table>				Nº prontuário	Nº de episódio	Tipo de episódio	Data de admissão	S837011	S1657203	Urgência	01:42h 02-Dez-2019
Nº prontuário	Nº de episódio	Tipo de episódio	Data de admissão								
S837011	S1657203	Urgência	01:42h 02-Dez-2019								

Atestado Médico

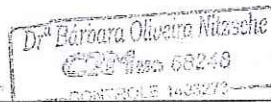
Drª Barbara Oliveira Nitzsche, a exercer atividade no serviço de Urgência no Hospital Municipal Odilon Behrens, possuidor do registro profissional n.º 68248 do Conselho Regional de Medicina, atesta por sua honra que o(a) paciente, Maxsander Almeida De Souza portador(a) da Carteira de Identidaden.º _____ emitido em _____ pelo arquivo de _____.

- Foi atendido(a) no Serviço de Urgência no dia 02-Dez-2019.
- Teve recém-nascido(s) do sexo _____, no dia _____.
- Está amamentando o seu filho(a) desde de _____.
- Se encontra impossibilitado(a) de cumprir os seus deveres profissionais por ter que prestar cuidados urgentes e inadiáveis a sua/seu filho(a) que se encontra doente e por um período previsível de _____ dia(s).
- Não sofre de doenças contagiosas, foi vacinado(a) contra o tétano e tem saúde física e mental suficiente para exercer funções públicas ou privadas.
- Encontra-se incapacitado(a) de comparecer ao serviço por motivo de doença e pelo período de 01 (um) dias, contados desde 02-Dez-2019.

Por ser verdade e me ter sido solicitado, passo este atestado datado e assinado por mim.



68248



Impresso por: Drª Barbara Oliveira Nitzsche (Clínica Médica)

02-Dez-2019

09:20h

Data

Hora

