



Serviços

**Comprovante de Autorização da Folha**

Via Internet Banking CAIXA

**Operação realizada com sucesso.**

Conta de débito:	1639 / 003 . 00005296-7
Número do Convênio:	308777
Tipo do Compromisso:	07
Número do Compromisso:	0001
Quantidade de Pagamento:	1
Valor Total Folha:	R\$1.591,20
Nome da Folha:	JANEIRO
Mês/Ano:	02/2019
Data Débito:	01/02/2019
Data da operação:	01/02/2019

**Código da operação:** 926522**Chave de Segurança:** QJXYCE7MEWV79JPJ

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474



89

## Consulta Detalhes da Folha

Via Internet Banking CAIXA

<b>Número do Convênio:</b>	308777
<b>Tipo do Compromisso do Convênio:</b>	07
<b>Número do Compromisso:</b>	0001
<b>Quantidade de Pagamento:</b>	1
<b>Valor Total da Folha:</b>	R\$ 1.591,20
Valor da Tarifa:	R\$ 0,90
<b>Nome da Folha de Pagamento:</b>	JANEIRO
<b>Mês/Ano:</b>	02/2019
<b>Data de Débito:</b>	01/02/2019

Nome	CPF	Agência/Conta	Valor	Status
ANA CAROLINA FERNANDES JESU	139.407.726-23	1639/0009882709392	1.591,20	Liquidado

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

90

**ASSOCIACAO DE APOIO SOCIAL E CULTURAL RENASCER -AASCR**

05.956.125/0001-03

Rua R AGRIPINO DE LIMA , 144 - Bairro INCONFIDENTES - Contagem

**Demonstrativo de Pagamento**

Func.: 000011 - Ana Carolina Fernandes Jesus			Período: 01/2019		
Cargo: 0073 - Assessor Administrativo II		Matrícula:	CTPS: 0403609 / 00050		
Depto.: 001 - Administrativo		Admissão: 11/04/2018	CPF: 139.407.726-23		
Verbas	Referência	Vencimentos	Descontos		
0001 - Salário Contratual	30,00	1.872,00			
0094 - Vale Transporte	6,00		112,32		
0520 - Desconto INSS	9,00		168,48		
		<b>Total:</b>	<b>1.872,00</b>	<b>Total:</b> <b>280,80</b>	
		<b>Valor Líquido</b>	<b>1.591,20</b>		
Recebi o valor líquido, acima descrito em <u>01 de 01/2019</u> Assinatura: <u>Ana Carolina Fernandes Jesus</u>					
<b>Salário Base</b>	<b>Sal. Contr. INSS</b>	<b>Base Cál. FGTS</b>	<b>FGTS do Mês</b>	<b>Base Cál. IRRF</b>	<b>Faixa IRRF</b>
1.872,00	1.872,00	1.872,00	149,76	1.703,52	

ATESTADO QUE O SERVIÇO FOI PRESTADO E/OU MATERIAL FORNECIDO

**Folha de Ponto – Mês: JANEIRO/ 2019**

**Empregador(a)**  
 Nome: ASSOCIAÇÃO DE APOIO SOCIAL E CULTURAL RENASCER CNPJ: 05.956.125/0001-03

**Empregado(a):**  
 Nome: Ana Carolina Fernandes CPF: 13940772623  
 Cargo: Auxiliar administrativo II

Dia	Entrada	Início do Intervalo	Fim do Intervalo	Saída	Hora Extra	Assinatura do(a) Empregado(a)
1	FERIADO	FERIADO	FERIADO	FERIADO	FERIADO	FERIADO
2	08:00	13:00	14:00	17:00		Ana Carolina
3	08:00	13:00	14:00	17:00		Ana Carolina
4	08:00	13:00	14:00	17:00		Ana Carolina
5	SABADO	SABADO	SABADO	SABADO	SABADO	SABADO
6	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO
7	08:00	13:00	14:00	17:00		Ana Carolina
8	08:00	13:00	14:00	17:00		Ana Carolina
9	08:00	13:00	14:00	17:00		Ana Carolina
10	08:00	13:00	14:00	17:00		Ana Carolina
11	08:00	13:00	14:00	17:00		Ana Carolina
12	SABADO	SABADO	SABADO	SABADO	SABADO	SABADO
13	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO
14	08:00	13:00	14:00	17:00		Ana Carolina
15	08:00	13:00	14:00	17:00		Ana Carolina
16	08:00	13:00	14:00	17:00		Ana Carolina
17	08:00	13:00	14:00	17:00		Ana Carolina
18	08:00	08:00	14:00	17:00		Ana Carolina
19	SABADO	SABADO	SABADO	SABADO	SABADO	SABADO
20	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO	SABADO
21						DOMINGO
22						atestado
23						atestado
24						atestado
25						atestado
26	SABADO	SABADO	SABADO	SABADO	SABADO	SABADO
27	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO
28	08:00	13:00	14:00	17:00		Ana Carolina
29	08:00	13:00	14:00	17:00		Ana Carolina
30	08:00	13:00	14:00	17:00		Ana Carolina
31	08:00	13:00	14:00	17:00		Ana Carolina

*Elaine*  
 Elaine Cristina Rocha  
 Matr. 32190-7  
 Gerente do Cadastro Único  
 Sec. Mun. Desenvolvimento e Habitação



Prefeitura Municipal de Contagem  
Secretaria Municipal de Saúde  
ATESTADO



Atesto que o(a) Sr(a) Amo. Anderson Fomude  
portador da Carteira Profissional nº 9880  
e Carteira de Identidade nº \_\_\_\_\_

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 admissional, demissional ou periódico para fins de legislação à saúde do trabalhador vide Portaria nº 24 de 29/12/94 do Ministério do Trabalho).

Compareceu nesta data para consulta / exame tendo permanecido na unidade no período de \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ horas.  
 Necessita permanecer afastado do trabalho por 05 (cinco) dias, a partir de 21/01/19 por motivo de doença CID. H90.3 (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 do trabalho no período de \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) dias, a partir de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ conforme o dispositivo no inciso XVII, art. 7º, capítulo II, título II da Constituição Federal de 05/10/88. (Licença - Maternidade).

**OBS.: Este Atestado perderá o valor em caso de rasura e de preenchimento de mais de um campo.**

UNIDADE DE SAÚDE **COMPLEXO HOSPITALAR DE CONTAGEM**  
Rua Celso de Oliveira, 4495, Bairro Cinco  
Contagem - MG, CEP 31211-001  
CNPJ - 18.715.808/0001-31

DATA 21/01/19  
SMS-A11

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL  
Dr. Getulio José de Almeida Filho  
CRM nº 52864  
CONTROLE 3505914