

24

**Comprovante de transferência entre contas da CAIXA - TEV**

Via Internet Banking CAIXA

Emitente:	ASSOCIACAO DE APOIO SOCIAL E CUL
Conta origem:	1639 / 003 / 00005296-7
Conta destino:	0893 / 013 / 00029856-3

Nome destinatário:	FERNANDO AMINTAS UMBELINO TALIM
Valor:	R\$ 965,96

Data de débito:	05/09/2018
Data/hora da operação:	05/09/2018 15:32:48

Código da operação:	00710162
Chave de segurança:	XNXNAVH9YGEH0TF3

DEBITO REALIZADO COM SUCESSO. A PREVISAO DO CREDITO NA CONTA DESTINO E DE 30 MINUTOS.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

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.: 000023 - Fernando Amintas Umbelino Talim dos Santos		Período: 08/2018
Cargo: 0072 - Auxiliar Administrativo I	Matrícula:	CTPS: 8703783 / 00010
Depto.: 001 - Administrativo	Admissão: 14/05/2018	CPF: 046.698.266-62

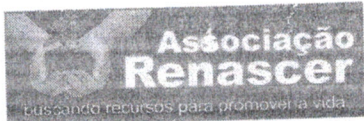
Verbas	Referência	Vencimentos	Descontos
0001 - Salário Contratual	30,00	1.123,20	
0094 - Vale Transporte	6,00		67,39
0520 - Desconto INSS	8,00		89,85

ATESTO QUE O SERVIÇO FOI
PRESTADO E/OU MATERIAL
FORNECIDO

Total:	1.123,20	Total:	157,24
Valor Líquido		965,96	

Recebi o valor líquido, acima descrito em 06/09/18 Assinatura: 

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	FGTS do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.123,20	1.123,20	1.123,20	89,85	1.033,35	



ASSOCIAÇÃO DE APOIO SOCIAL E CULTURAL RENASCER
 CNPJ: 05.956.125/0001-03
 Rua Agripino Lima, 144 – Bairro Inconfidentes – Contagem – MG
 E-mail: assrenascer@gmail.com

Folha de Ponto – Mês: Agosto/ 2018

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

Empregado(a)
 Nome: FERNANDO A. UMBELINO Tolim de S. CPF: 046.698.266-62
 Cargo: AUX. ADMINISTRATIVO

Dia	Entrada	Início de Intervalo	Fim de Intervalo	Saída	Hora Extra	Assinatura do Empregado(a)
1	08:00	12:00	13:00	17:00		<i>[Signature]</i>
2						
3						
4	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO
5	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO
6	08:00	12:00	13:00	17:00		<i>[Signature]</i>
7	08:00	12:00	13:00	17:00		<i>[Signature]</i>
8	08:00	12:00	13:00	17:00		<i>[Signature]</i>
9						
10						
11	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO
12	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO
13						
14						
15	Feriado Municipal: Contagem - 107 anos de emancipação					
16						
17						
18	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO
19	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO
20	08:00	12:00	13:00	17:00		<i>[Signature]</i>
21	08:00	12:00	13:00	17:00		<i>[Signature]</i>
22	08:00	12:00	13:00	17:00		<i>[Signature]</i>
23	08:00	12:00	13:00	17:00		<i>[Signature]</i>
24	08:00	12:00	13:00	17:00		<i>[Signature]</i>
25	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO
26	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO
27	08:00	12:00	13:00	17:00		<i>[Signature]</i>
28	08:00	12:00	13:00	17:00		<i>[Signature]</i>
29	08:00	12:00	13:00	17:00		<i>[Signature]</i>
30	Feriado Mun.	Feriado Mun.	Feriado Mun.	Feriado Mun.	Feriado Mun.	Feriado Mun.

*Feriado Municipal: Contagem – 107 anos de emancipação

PODER JUDICIÁRIO - TJMG
CORREGEDORIA - GERAL DE JUSTIÇA
Cartório de Registro Civil das Pessoas Naturais e Tabelionato -
Cartório Nogueira - MG
Selo Digital: CEI20718 - Cod. Seg : 4057.7812.8127.6209 - Cod. e
Quantidade do(s) ato(s) Praticado(s): 1 (9201), 2 (8101) - Emol.: R\$
0,00 - Tx.Judic.: R\$ 0,00 - Total: R\$ 0,00
Consulte a validade no site: <https://selos.tjmg.jus.br>



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS
CERTIDÃO DE ÓBITO

NOME:

EUNICE MARIA UMBELINO TALIM DOS SANTOS

CPF

163.280.196-53

MATRÍCULA:

0454190155 2018 4 00067 086 0054997 11

SEXO COR ESTADO CIVIL E IDADE
NATURALIDADE DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO ELEITOR

FILIAÇÃO E RESIDÊNCIA

SEBASTIÃO UMBELINO (falecido) e ONDINA COELHO UMBELINO (falecida) Avenida Olímpio Garcia, 15/102, Bairro Eldorado Contagem - MG

DATA E HORA DE FALECIMENTO

dois de agosto de dois mil e dezoito às 01:20 horas

DIA MÊS ANO

02/08/2018

LOCAL DE FALECIMENTO

Hospital Governador Israel Pinheiro, Rua Alameda Ezequiel Dias, 225, Bairro Santa Efigênia em Belo Horizonte - MG

CAUSA DA MORTE

Arritmia Cardíaca, Disfunção de múltiplos órgãos, Insuficiência renal, Tromboembolismo pulmonar e Tumor não especificado

SEPULTAMENTO/CREMAÇÃO MUNICÍPIO E CEMITÉRIO SE CONHECIDO

Raposos - MG

DECLARANTE

MARCOS JOSE TALIM DOS SANTOS

NOME E NÚMERO DO DOCUMENTO DO MÉDICO QUE ATESTOU O ÓBITO

Eliana Lopes Pires CRM:25467

OBSERVAÇÕES/AVERBAÇÕES À ACRESCEER

Declarou que não deixou bens, .

ANOTAÇÕES DE CADASTRO

TIPO DOCUMENTO	NÚMERO	DATA EXPEDIÇÃO	ÓRGÃO EXPEDIDOR	DATA DE VALIDADE
RG	MG-1.252.129	---	PCMG - Polícia Civil - MG	---
PIS/NIS	---	---	---	---
Passaporte	---	---	---	---
Cartão Nacional de Saúde	---	---	---	---

TIPO DOCUMENTO	NÚMERO	ZONA/SEÇÃO	MUNICÍPIO	UF
Título de Eleitor	---	---	---	---

CEP Residencial	---	Grupo Sanguíneo	---
-----------------	-----	-----------------	-----

*As anotações de cadastro acima não dispensam a parte interessada da apresentação do documento original, quando exigido pelo órgão solicitante

Cartório de Registro Civil das Pessoas Naturais e Tabelionato - Cartório Nogueira
Oficial: Nilo de Carvalho Nogueira Coelho
Avenida João César de Oliveira, 1548 Eldorado
Contagem-MG. (31) 3399-1400
registrocivil@cartorionogueira.com.br

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.
Contagem-MG, 02 de agosto de 2018.

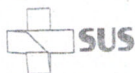
Assinatura do Oficial/Substituto

Gabriel Ribeiro Garro
Escrevente
CARTÓRIO NOGUEIRA

RECEBI AA 005267676 MG-P



Prefeitura Municipal de Contagem
Secretaria Municipal de Saúde
ATESTADO



28

Atesto que o(a) Sr(a) Fernanda Aparecida Umbelino Talem dos Santos
portador da Carteira Profissional nº _____

e Carteira de Identidade nº _____

Não apresenta ao exame clínico de rotina realizado nesta data sinais de doenças infecto-contagiosa, 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 a saúde do trabalhador vide portaria nº24 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 10 (dez) dias, a partir de 09/08/18 por motivo de doença CID. F32 (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

DATA

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

09/08/18

[Signature]
5183
002

SMS-A11