

**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:	2427 / 013 / 00055486-2

Nome destinatário:	FLAVIA HELENA COELHO
Valor:	R\$ 998,76

Data de débito:	02/05/2019
Data/hora da operação:	02/05/2019 14:30:47

Código da operação:	00217949
Chave de segurança:	MJLHSZ6PN058WNJ8

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.: 000029 - Flávia Helena Coelho			Período: 04/2019
Cargo: 0072 - Auxiliar Administrativo I		Matrícula:	CTPS: 3270531 / 00010
Depto.: 001 - Administrativo		Admissão: 10/09/2018	CPF: 077.288.846-97
Verbas	Referência	Vencimentos	Descontos
0001 - Salário Contratual	30,00	1.123,20	
0500 - Salário Família	1,00	32,80	
0094 - Vale Transporte	6,00		67,39
0520 - Desconto INSS	8,00		89,85
		Total:	Total:
		1.156,00	157,24
		Valor Líquido	998,76
Recebi o valor líquido, acima descrito em <u>02/05/19</u> Assinatura: <u>DH</u>			
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	FGTS do Mês
1.123,20	1.123,20	1.123,20	89,85
		Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
		1.033,35	

ATESTADO QUE O SERVIÇO FOI
PRESTADO E/OU MATERIAL
FORNECIDO ___/___/___

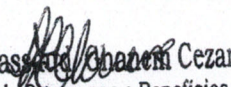
Folha de Ponto – Mês: ABRIL/ 2019

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

Empregado(a):	
Nome: Flávia Helena Coelho	CPF: 077.288.846-97
Cargo: Auxiliar Administrativo	

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

- 12/04/2019: Sexta-feira/ Jubileu de Nossa Senhora das Dores Lei Municipal nº 3.484/2001
- 19/04/2019: Sexta-feira da Paixão - Lei nº 3.484/2001
- 21/04/2019: Tiradentes - Lei Federal nº 10.607/2002


Laylla Massad Chacem Cezar
 Diretora de Programas e Benefícios
 Sec. Mun. Desenvolvimento Social
 Mat. 01499455



Prefeitura Municipal de Contagem
Secretaria Municipal de Saúde
ATESTADO



Atesto que o(a) Sr(a) Flávia Helena Calhe
portador da Carteira Profissional nº _____
e Carteira de Identidade nº _____

Não apresenta ao exame clínico de rotina realizada 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 a 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 03 (Três) dias, a partir de 22/04/19 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 do trabalho no período de _____ (_____) dias, a partir de _____ / ____ / ____

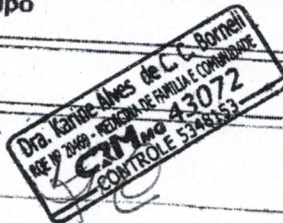
conforme o dispositivo no Inciso XVII, art. 7º, capítulo II, título II da Constituição Federal de 05/10/88. (Licença - maternidade).

OBS.: Este atestado não tem valor em caso de rasura e de preenchimento de mais de um campo

UNIDADE DE SAÚDE
Constant, 704
Municipal

DATA
22/04/19

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL





Prefeitura Municipal de Contagem
Secretaria Municipal de Saúde
ATESTADO



Atesto que o(a) Sr(a) Flora Helena Coullio
portador da Carteira Profissional nº _____
e Carteira de Identidade nº _____

Não apresenta ao exame clínico de rotina realizada 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 valido como exame admissional, demissional ou periódico para fins de legislação a 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 02 (dois) dias, a partir de 25/04/19, 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 do trabalho no período de _____ (_____) dias, apartir 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 tem validade de 30 dias. Será o valor em caso de rasura e de preenchimento de mais de um campo
EQUIPES 23 e 24

UNIDADE DE SAÚDE COMUNITÁRIA, 704
Nacional

DATA
25/04/19

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

Dra. Karine Alves de C. Borrelli
RQE Nº 20489 - MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE
CRM 43072
CONTROLE 5348133



Prefeitura Municipal de Contagem
Secretaria Municipal de Saúde
ATESTADO



Atesto que o(a) Sr(a) Flávia Helena Coelho
portador da Carteira Profissional nº _____
e Carteira de Identidade nº _____

Não apresenta ao exame clínico de rotina realizada 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 valido como exame admissional, demissional ou periódico para fins de legislação a 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 02 (dois) dias, a partir de 29/10/19 por motivo de doença CID. M 797 (a pedido do paciente). (Este atestado é válido p/ finalidades previstas no art. 143 § 1º do Decreto 2172 de 05/03/97, e Resolução CEM 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 1 / 1 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

BUA. PAINEIRAS, Nº 20

DATA

29/10/19

SMS-A11

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

Dr. Athos Fioravante Barros Barros

CRP-MG 73612

CONTROLE 4814738

INE: 239987