

**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:	01/04/2019
Data/hora da operação:	01/04/2019 13:47:16

Código da operação:	00213121
Chave de segurança:	4UN1YM3CTN7SUS51

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: 03/2019	
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: 1.156,00	Total: 157,24
		Valor Líquido 998,76	

**ATESTADO QUE O SERVIÇO FOI
PROTETADO E/OU MATERIAL
FORNECIDO** / /

Recebi o valor líquido, acima descrito em 01/04/19 Assinatura: *SH*

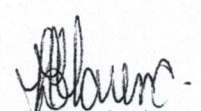
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	FGTS do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.123,20	1.123,20	1.123,20	89,85	1.033,35	

Folha de Ponto – Mês: MARÇO/ 2019

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

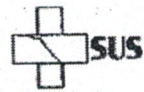
Empregado(a):	CPF: 077.287.846-97
Nome: Flávia Helena Coelho	
Cargo: Auxiliar Administrativo	

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		SH
2	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO
3	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO
4						
5						
6						
7	08:00	12:00	13:00	17:00		SH
8	08:00	12:00	13:00	17:00		SH
9	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO
10	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO
11	08:00	12:00	13:00	17:00		SH
12	08:00	12:00	13:00	17:00		SH
13	08:00	12:00	13:00	17:00		SH
14	08:00	12:00	13:00	17:00		SH
15	08:00	12:00	13:00	17:00		SH
16	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO
17	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO
18						
19						
20						
21						
22						
23	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO
24	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO
25	08:00	12:00	13:00	17:00		SH
26	08:00	12:00	13:00	17:00		SH
27	08:00	12:00	13:00	17:00		SH
28	08:00	12:00	13:00	17:00		SH
29	08:00	12:00	13:00	17:00		SH
30	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO
31	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO


Laylla Massaud Ghanem 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) Kathelyn Fernandes Couros dos Santos
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.

^{doença} Necessita permanecer afastado do trabalho por 05 (cinco) dias, a partir de 18/03/19 por motivo de doença CID. N30 / J039 (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).

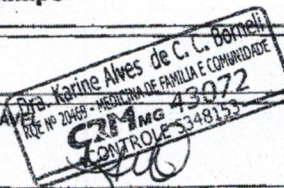
OBS.: Este atestado perderá o valor em caso de rasura e de preenchimento de mais de um campo

UNIDADE DE SAÚDE

DATA

19/03/19

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL



SMS-A11