

**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 / 00104713-0
Nome destinatário:	LELIANA DEM C DINIZ
Valor:	R\$ 998,76
Data de débito:	01/04/2019
Data/hora da operação:	01/04/2019 13:48:58
Código da operação:	00214342
Chave de segurança:	LYEHQC7XTMGV2Y3L

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

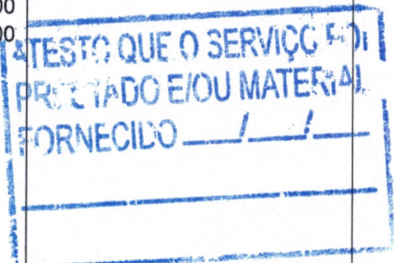
ASSOCIACAO DE APOIO SOCIAL E CULTURAL RENASCER -AASCR

05.956.125/0001-03

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

Demonstrativo de Pagamento

Func.: 000034 - Leliana de Miranda Chaves Diniz			Período: 03/2019		
Cargo: 0072 - Auxiliar Administrativo I			Matrícula: 0000000000	CTPS: 5614691 / 00040	
Depto.: 001 - Administrativo			Admissão: 13/09/2018	CPF: 008.915.856-30	
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
Recebi o valor líquido, acima descrito em <u>04/04/2019</u> Assinatura: <u>Leliana de Miranda</u>					
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	





Prefeitura Municipal de Contagem
Secretaria Municipal de Saúde
ATESTADO



img033.jpg

Atesto que o(a) Sr(a) Lufiana de M. grande M. Day
portador da Carteira Profissional nº _____
e Carteira de Identidade nº MG-8 068.693

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 10 (dez) dias, a partir de 01/03/19 por motivo de doença CID. 10.50.9 (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 1190/94 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 _____
LIBERDADE
CNES 2190915

DATA 01/03/19
ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

SMS-A11

Dr. Jorge Henrique Kuhn Junqueira
Clínica Médica
CRM 35417

27/12/2018