

**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\$ 1.029,38
Identificação da operação:	CONTABILIDADE

Data de débito:	05/11/2018
Data/hora da operação:	05/11/2018 13:58:59

Código da operação:	00274834
Chave de segurança:	K4JQE5YNX78NEAZ5

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: 10/2018

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	2,00	63,42	
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: 1.186,62 Total: 157,24

Valor Líquido 1.029,38

Recebi o valor líquido, acima descrito em 05/11/18 Assinatura: Flávia Helena Coelho

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: OUTUBRO/ 2018

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

Empregado(a):	
Nome: Flávia Helena Coelho	CPF: 077.298.846-92
Cargo: Auxiliar Administrativo	

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

• 12 de Outubro: Padroeira do Brasil

Laylla Massaud Ghanem Cezar
 Diretora de Programas e Benefícios
 Sec. Municipal de Desenvolvimento Social
 01499453



Prefeitura Municipal de Contagem
Secretaria Municipal de Saúde
ATESTADO



Atesto que o(a) Sr(a) Flávia Helena Colho

portador da Carteira Profissional nº _____

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 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 7:40 às 11:00 horas.

Necessita permanecer afastado do trabalho por _____ (_____) dias, a partir de ____/____/____ 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 perderá o valor em caso de rasura e de preenchimento
UBS Nacional de mais de um campo.

UNIDADE DE SAÚDE <u>Equipes 23 e 24</u> <u>Rua Benjamim Constant, 701</u> <u>Municipal</u>	
DATA <u>11/10/18</u>	ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL 