

127



Consulta Detalhes da Folha

Via Internet Banking CAIXA

Número do Convênio:	308777
Tipo do Compromisso do Convênio:	07
Número do Compromisso:	0001
Quantidade de Pagamento:	1
Valor Total da Folha:	R\$ 965,96
Valor da Tarifa:	R\$ 0,90
Nome da Folha de Pagamento:	SETEMBRO13
Mês/Ano:	10/2019
Data de Débito:	01/10/2019

Nome	CPF	Agência/Conta	Valor	Status
IANDEYARA N. R. DE OLIVEIRA	126.459.506-98	1639/0009882709325	965,96	Liquidado

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

128

ASSOCIACAO DE APOIO SOCIAL E CULTURAL RENASCER -AASCR
05.956.125/0001-03

Rua AGRIPINO DE LIMA , 181 - Bairro INCONFIDENTES - Contagem

Demonstrativo de Pagamento

Func.: 000020 - landeyara Narrimam Rocha de Oliveira		Período: 09/2019	
Cargo: 0005 - Auxiliar Administrativo		Matrícula:	CTPS: 4586861 / 00030
Depto.: 001 - Administrativo		Admissão: 25/04/2018	CPF: 126.459.506-98

Verbas	Referência	Vencimentos	Descontos
0001 - Salário Contratual	30,00	1.123,20	67,39
0094 - Vale Transporte	6,00		89,85
0520 - Desconto INSS	8,00		
		Total: 1.123,20	Total: 157,24
		Valor Líquido	965,96

ATESTO QUE O SERVIÇO FOI PRESTADO E / OU MATERIAL FORNECIDO 09/10/19

[Assinatura]
MG-38747270 M- 7740312

Recebi o valor líquido, acima descrito em 09/10/19 Assinatura: LANDEYARA N. R. DE OLIVEIRA

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	

[Assinatura]

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

Folha de Ponto – Mês: SETEMBRO/ 2019

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

Empregado(a)	Nome: JANDYARA N. R. DE OLIVEIRA	CPF: 126.459.506-98
Cargo:	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	

Dia	Entrada	Início do Intervalo	Fim do Intervalo	Saída	Hora Extra	Assinatura do(a) Empregado(a)
1						Domingo
2	08:00	12:00	13:00	17:00		JANDYARA N. R. DE OLIVEIRA
3	08:00	12:00	13:00	17:00		JANDYARA N. R. DE OLIVEIRA
4	08:00	12:00	13:00	17:00		JANDYARA N. R. DE OLIVEIRA
5	08:00	12:00	13:00	17:00		JANDYARA N. R. DE OLIVEIRA
6	08:00	12:00	13:00	17:00		JANDYARA N. R. DE OLIVEIRA
7	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO
8	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO
9	08:00	12:00	13:00	17:00		JANDYARA N. R. DE OLIVEIRA
10	08:00	12:00	13:00	17:00		JANDYARA N. R. DE OLIVEIRA
11	08:00	12:00	13:00	17:00		JANDYARA N. R. DE OLIVEIRA
12	08:00	12:00	13:00	17:00		JANDYARA N. R. DE OLIVEIRA
13	08:00	12:00	13:00	17:00		JANDYARA N. R. DE OLIVEIRA
14	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO
15	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO
16	08:00	12:00	13:00	17:00		JANDYARA N. R. DE OLIVEIRA
17	08:00	12:00	13:00	17:00		JANDYARA N. R. DE OLIVEIRA
18	08:00	12:00	13:00	17:00		JANDYARA N. R. DE OLIVEIRA
19	08:00	12:00	13:00	17:00		JANDYARA N. R. DE OLIVEIRA
20	08:00	12:00	13:00	17:00		JANDYARA N. R. DE OLIVEIRA
21	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO
22	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO
23	08:00	12:00	13:00	17:00		JANDYARA N. R. DE OLIVEIRA
24						Atestado
25	08:00	12:00	13:00	17:00		JANDYARA N. R. DE OLIVEIRA
26	08:00	12:00	13:00	17:00		JANDYARA N. R. DE OLIVEIRA
27	08:00	12:00	13:00	17:00		JANDYARA N. R. DE OLIVEIRA
28	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO
29	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO
30	08:00	12:00	13:00	17:00		JANDYARA N. R. DE OLIVEIRA

Amanda C. Toledo

Olivia



Prefeitura Municipal de Contagem
Secretaria Municipal de Saúde
ATESTADO



Atesto que o(a) Sr(a) Lorelaya Noziman de Oliveira
portador da Carteira Profissional nº _____
e Carteira de Identidade nº MG 17.801.895

Rocha

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 1 (um) dias, a partir de 24/01/19 por motivo de doença CID. F 91 (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 perderá o valor em caso de rasura e de preenchimento de mais de um campo.

UNIDADE DE SAÚDE

DATA
24/01/19
SMS-A11

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

[Handwritten Signature]
Dra. Ornilda Luciano de Souza
CRM-MG 62.770
CONTROLE: 1625995

PSF PETROLÂNDIA I
Rua Gasolina, nº 179 - B. Petrolândia
CEP 32.072-090 - Contagem - MG
EQUIPE 058 - SMS CONTAGEM

[Handwritten Signature]