



136

Serviços

**Comprovante de Autorização da Folha**

Via Internet Banking CAIXA

**Operação realizada com sucesso.**

Conta de débito:	1639 / 003 . 00005296-7
Número do Convênio:	308777
Tipo do Compromisso:	07
Número do Compromisso:	0001
Quantidade de Pagamento:	1
Valor Total Folha:	R\$965,96
Nome da Folha:	AGOSTO13
Mês/Ano:	09/2019
Data Débito:	02/09/2019
Data da operação:	02/09/2019

**Código da operação:** 537589**Chave de Segurança:** 9PHAQR8415FY5YF1

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

137



### Consulta Detalhes da Folha

Via Internet Banking CAIXA

<b>Número do Convênio:</b>	308777
<b>Tipo do Compromisso do Convênio:</b>	07
<b>Número do Compromisso:</b>	0001
<b>Quantidade de Pagamento:</b>	1
<b>Valor Total da Folha:</b>	R\$ 965,96
Valor da Tarifa:	R\$ 0,90
<b>Nome da Folha de Pagamento:</b>	AGOSTO13
<b>Mês/Ano:</b>	09/2019
<b>Data de Débito:</b>	02/09/2019

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

**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: 08/2019	
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		

**ATESTO QUE O SERVIÇO FOI PRESTADO E / OU MATERIAL FORNECIDO** 02/09/19  
 MG-1844272 Ju-7740312

<b>Total:</b>	<b>1.123,20</b>	<b>Total:</b>	<b>157,24</b>
<b>Valor Líquido</b>			<b>965,96</b>

Recebi o valor líquido, acima descrito em 02/09/19 Assinatura: LANDEYARA N. R. DE OLIVEIRA

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

*Handwritten signature*

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

**Folha de Ponto – Mês: AGOSTO/ 2019**

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

<b>Empregado(a)</b>
Nome: JANDYARA N.R. DE OLIVEIRA CPF: 126459506-98
Cargo: Auxiliar Administrativo

Dia	Entrada	Início do Intervalo	Fim do Intervalo	Saída	Hora Extra	Assinatura do(a) Empregado(a)
1						
2						
3	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO
4	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO
5						
6	08:00	12:00	13:00	17:00		JANDYARA N.R. DE OLIVEIRA
7	08:00	12:00	13:00	17:00		JANDYARA N.R. DE OLIVEIRA
8	08:00	12:00	13:00	17:00		JANDYARA N.R. DE OLIVEIRA
9	08:00	12:00	13:00	17:00		JANDYARA N.R. DE OLIVEIRA
10	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO
11	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO
12	08:00	12:00	13:00	17:00		JANDYARA N.R. DE OLIVEIRA
13						
14	08:00	12:00	13:00	17:00		JANDYARA N.R. DE OLIVEIRA
15	08:00	12:00	13:00	17:00		JANDYARA N.R. DE OLIVEIRA
16	08:00	12:00	13:00	17:00		JANDYARA N.R. DE OLIVEIRA
17	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO
18	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO
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	08:00	12:00	13:00	17:00		JANDYARA N.R. DE OLIVEIRA
22	08:00	12:00	13:00	17:00		JANDYARA N.R. DE OLIVEIRA
23	08:00	12:00	13:00	17:00		JANDYARA N.R. DE OLIVEIRA
24	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO
25	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO
26	08:00	12:00	13:00	17:00		JANDYARA N.R. DE OLIVEIRA
27	09:00	12:00	13:00	17:00		JANDYARA N.R. DE OLIVEIRA
28	08:00	12:00	13:00	17:00		JANDYARA N.R. DE OLIVEIRA
29	08:00	12:00	13:00	17:00		JANDYARA N.R. DE OLIVEIRA
30						Ponto facultativo
31	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO

*Elaine Cristina Rocha*  
 Mat. 32190-7  
 Gerente do Cadastro Único  
 Sec. Mun. Desenvolvimento Social e Habitação

*[Assinatura]*



**Centro Médico de Contagem**  
31 3358.1000 Medicina avançada  
centromedicodecontagem@gmail.com  
Av. José Faria da Rocha, 1636 - Eldorado

140

Atesto que o(a) Sr.(a) Jandayara N. Rocha Oliveira

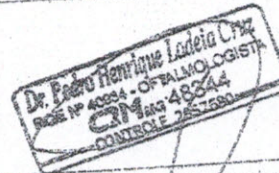
Não apresenta, ao exame clínico de rotina realizado nesta data, sinais de doenças infectocontagiosas, de alterações evidentes de órgãos dos sentidos ou vícios de conformação física. Durante a entrevista, não evidenciou sinais de déficit ou doença neuropsiquiátrica. (Este atestado não é válido como exame médico admissional, demissional ou periódico para fins da legislação de segurança e saúde do trabalhador. Vide Portaria nº 24/94 e NR nº 07, do Ministério do Trabalho).

Compareceu nesta data consulta/exame, tendo permanecido na unidade no período de \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ horas.

Compareceu nesta data consulta/exame, acompanhado pelo Sr.(a) \_\_\_\_\_, tendo permanecido na unidade no período de \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ horas.

Necessita permanecer afastado do trabalho por 07 dias  
(sete) a partir de 30/07/19 por  
motivo de doença CID H10.9 (Este atestado é válido  
para incidências previstas nos artigos 71 e 72, parágrafo 1º do Decreto  
3048/99 e será expedido para justificar o afastamento do trabalho de 1  
a 15 dias.

Contagem: 30/07/19



Assinatura / carimbo do médico

*[Handwritten signature]*



# Centro Médico de Contagem

31 3358.1000 Medicina avançada

centromedicodecontagem@gmail.com

Av. José Faria da Rocha, 1636 - Eldorado

J41

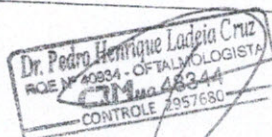
Atesto que o(a) Sr.(a) Emdeyara Naraíman Rocha Oliveira

Não apresenta, ao exame clínico de rotina realizado nesta data, sinais de doenças infectocontagiosas, de alterações evidentes de órgãos dos sentidos ou vícios de conformação física. Durante a entrevista, não evidenciou sinais de déficit ou doença neuropsiquiátrica. (Este atestado não é válido como exame médico admissional, demissional ou periódico para fins da legislação de segurança e saúde do trabalhador. Vide Portaria nº 24/94 e NR nº 07, do Ministério do Trabalho).

Compareceu nesta data consulta/exame, tendo permanecido na unidade no período de \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ horas.

Compareceu nesta data consulta/exame, acompanhado pelo Sr.(a) \_\_\_\_\_, tendo permanecido na unidade no período de \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ horas.

Necessita permanecer afastado do trabalho por 01 dias ( 1 dia ) a partir de 13/08/19 por motivo de doença CID Z01.0. (Este atestado é válido para finalidades previstas nos artigos 71 e 72, parágrafo 1º do Decreto 3048/99 e será expedido para justificar o afastamento do trabalho de 1 a 15 dias.



Contagem, 13/08/19

Assinatura / carimbo do médico

*Handwritten signature*



DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO

Declaramos para os devidos fins que o(a) Sr.(a) Indeyara Navimam Rocha  
de Oliveira

compareceu na unidade de saúde  Santa Casa BH  Hospital São Lucas  CEM

Data: 27 / 8 / 19

Horário: 7 : 40 às 9 : 00 horas.

Motivo:

- Acompanhar atendimento de \_\_\_\_\_
- Consulta médica oftalmologia
- Outros \_\_\_\_\_

Belo Horizonte, 27 / 8 / 19



Responsável \_\_\_\_\_

*Alcino*