



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\$541,30
Nome da Folha:	DEZEMBRO13
Mês/Ano:	01/2020
Data Débito:	02/01/2020
Data da operação:	02/01/2020

Código da operação: 209485**Chave de Segurança:** F8XMPL1SRPME05LQ

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

J24

**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\$ 541,30
Valor da Tarifa:	R\$ 0,90
Nome da Folha de Pagamento:	DEZEMBRO13
Mês/Ano:	01/2020
Data de Débito:	02/01/2020

Nome	CPF	Agência/Conta	Valor	Status
IANDEYARA N. R. DE OLIVEIRA	126.459.506-98	1639/0009882709325	541,30	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: 12/2019	
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	16,00	629,41	
0094 - Vale Transporte	6,00		37,76
0520 - Desconto INSS	8,00		50,35
		Total: 629,41	Total: 88,11
		Valor Líquido	541,30

ATESTO QUE O SERVIÇO FOI PRESTADO E / OU MATERIAL FORNECIDO 02/01/2020

[Assinatura]

MG-18747272 U-7240312

Recebi o valor líquido, acima descrito em 02/01/2020 Assinatura: LANDEYARA N.R. DE OLIVEIRA

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	FGTS do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.180,15	629,41	629,41	50,35	579,06	

[Assinatura]

ASSOCIAÇÃO DE APOIO SOCIAL E CULTURAL RENASCER

CNPJ: 05.956.125/0001-03

Rua Agripino Lima, 181 – Bairro Inconfidentes – Contagem – MG

E-mail: assrenascer@gmail.com

Folha de Ponto – Mês: DEZEMBRO/ 2019

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

Empregado(a)	Nome: JANXEYARA 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	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO
2	08:00	12:00	13:00	17:00		JANXEYARA N.R. DE OLIVEIRA
3	08:00	12:00	13:00	17:00		JANXEYARA N.R. DE OLIVEIRA
4						Atestado
5	08:00	12:00	13:00	17:00		JANXEYARA N.R. DE OLIVEIRA
6						Férias
7	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO
8	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO
9						
10						Férias
11						
12						
13						
14	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO
15	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO
16						
17						
18						Férias
19						
20						
21	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO
22	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO
23						Ponto facultativo
24						Ponto facultativo
25	FERIADO	FERIADO	FERIADO	FERIADO	FERIADO	FERIADO
26						Recesso Decreto 1316/2019
27						Recesso Decreto 1316/2019
28	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO
29	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO
30						Ponto facultativo
31						Ponto facultativo

Feriados: 25/ 12 – Quarta-feira - Natal (Feriado Federal) Lei Federal nº 10.607/2002

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]



Prefeitura Municipal de Contagem
Secretaria Municipal de Saúde



327

ATESTADO MÉDICO

Atesto que o(a) Sr(a) Janderson Nazion
portador da Carteira Profissional nº _____
e Carteira de Identidade nº MG 19.861.895

Não apresenta ao exame clínico de rotina realizado nesta data sinais de doença 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.

Necessita permanecer afastado do trabalho por 1 (uma) dias, a partir de 4/12/19 por motivo de doença CID. F42 (a pedido do paciente). (Este atestado é válido para 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 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:

4/12/19

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL:

[Handwritten Signature]
Dra. Orquinda Luciana de Souza
CRM MG 62770
CONTROLE: 1625993

[Handwritten Signature]

Rua Casolinda, 120 - Petrópolis
CEP: 31207-200 - Contagem - MG
EQUIPE 058 - SMS - CONTAGEM
[Stamp: PREFEITURA CONTAGEM]