



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\$1.014,93
Nome da Folha:	NOVEMBRO13
Mês/Ano:	12/2019
Data Débito:	03/12/2019
Data da operação:	03/12/2019

**Código da operação:** 343113**Chave de Segurança:** C5QYGRZ8L653998V

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

**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\$ 1.014,93
Valor da Tarifa:	R\$ 0,90
<b>Nome da Folha de Pagamento:</b>	NOVEMBRO13
<b>Mês/Ano:</b>	12/2019
<b>Data de Débito:</b>	03/12/2019

<b>Nome</b>	<b>CPF</b>	<b>Agência/Conta</b>	<b>Valor</b>	<b>Status</b>
IANDEYARA N. R. DE OLIVEIRA	126.459.506-98	1639/0009882709325	1.014,93	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**

Inc.: 000020 - landeyara Narrimam Rocha de Oliveira			Período: 11/2019		
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	1.180,15			
0094 - Vale Transporte	6,00			70,81	
0520 - Desconto INSS	8,00			94,41	
		<b>Total:</b>	<b>1.180,15</b>	<b>Total: 165,22</b>	
		<b>Valor Líquido</b>		<b>1.014,93</b>	
Recebi o valor líquido, acima descrito em <u>03/12/19</u> Assinatura: <u>JANEYARA N. R. DE OLIVEIRA</u>					
<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>
1.180,15	1.180,15	1.180,15	94,41	1.085,74	

**ATESTO QUE O SERVIÇO FOI  
PRESTADO E / OU MATERIAL  
FORNECIDO 03/12/19**  
*[Assinatura]*  
RG-18.7470872 UM-770312

*[Assinatura]*

**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: NOVEMBRO/ 2019**

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

<b>Empregado(a)</b>
Nome: TANDYARA 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	08:00	12:00	13:00	17:00		TANDYARA N.R. DE OLIVEIRA
2	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO
3	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO
4	08:00	12:00	13:00	17:00		TANDYARA N.R. DE OLIVEIRA
5	08:00	12:00	13:00	17:00		TANDYARA N.R. DE OLIVEIRA
6						Atacado
7	08:00	12:00	13:00	17:00		TANDYARA N.R. DE OLIVEIRA
8	08:00	12:00	13:00	17:00		TANDYARA N.R. DE OLIVEIRA
9	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO
10	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO
11	08:00	12:00	13:00	17:00		TANDYARA N.R. DE OLIVEIRA
12	08:00	12:00	13:00	17:00		TANDYARA N.R. DE OLIVEIRA
13	08:00	12:00	13:00	17:00		TANDYARA N.R. DE OLIVEIRA
14	08:00	12:00	13:00	17:00		TANDYARA N.R. DE OLIVEIRA
15	FERIADO	FERIADO	FERIADO	FERIADO	FERIADO	FERIADO
16	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO
17	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO
18	08:00	12:00	13:00	17:00		TANDYARA N.R. DE OLIVEIRA
19	08:00	12:00	13:00	17:00		TANDYARA N.R. DE OLIVEIRA
20	FERIADO	FERIADO	FERIADO	FERIADO	FERIADO	FERIADO
21	08:00	12:00	13:00	17:00		TANDYARA N.R. DE OLIVEIRA
22	08:00	12:00	13:00	17:00		TANDYARA N.R. DE OLIVEIRA
23	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO
24	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO
25	08:00	12:00	13:00	17:00		TANDYARA N.R. DE OLIVEIRA
26	08:00	12:00	13:00	17:00		TANDYARA N.R. DE OLIVEIRA
27	08:00	12:00	13:00	17:00		TANDYARA N.R. DE OLIVEIRA
28	08:00	12:00	13:00	17:00		TANDYARA N.R. DE OLIVEIRA
29	08:00	12:00	13:00	17:00		TANDYARA N.R. DE OLIVEIRA
30	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO

Feriados: 02/11 – Sábado - Finados (Feriado Federal) Lei Federal nº 10.607/2002  
 15/11 - Sexta-Feira - Proclamação da República Feriado Federal Lei Federal nº 10.607/2002  
 20/11 - Quarta-Feira - Dia Nacional da Consciência Negra Feriado Municipal Lei nº 4.701/2014

*[Handwritten signatures]*



Prefeitura Municipal de Contagem  
Secretaria Municipal de Saúde



199

Rua PST PETROLÂNDIA, nº 17 - JARDIM  
CEP: 32090-000 - Contagem - MG  
EQUIPE: 058 - SMS - CONTAGEM

**ATESTADO MÉDICO**

Atesto que o(a) Sr(a) Indeiyara NARRIMAN portador da Carteira Profissional nº \_\_\_\_\_ e Carteira de Identidade nº \_\_\_\_\_

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 06/11/19 por motivo de doença CID. F 42 (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:

06/11/19

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL:

Dra. Orminda Luciana de Souza  
CRM asc: 62770  
CONTROLE: 1625993

*[Handwritten signature]*