



### TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

**Conta origem:** 1529 / 003 / 00005563-1

**Conta destino:** 1529 / 013 / 00019186-9

**Nome destinatário:** ANDREZA DOS SANTOS SOARES

**Quantidade de vezes:**

**Valor:** R\$ 1.136,00

**Data de débito:** 06/01/2020

**Data/hora da operação:** 06/01/2020 12:52:42

**Código da operação:** 061252



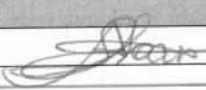
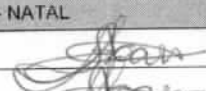

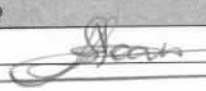
**Chave de segurança:** X79G00QZNAPA75WE

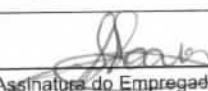
Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Recibo de Pagamento ( Folha de Pagamento )		Data e Assinatura 06/01/20			
Empregador ProCeu Objeto Construindo em Uniao		Inscrição CNPJ: 12.995.334/0001-21	Admissão 11/09/2019	Competência Dezembro de 2019	
Empregado 000020 ANDREZA DOS SANTOS SOARES		Cargo AUX. ADMINISTRATIVO	Lotação MATRIZ		
PIS 20046917939	Banco	Agência	Conta	Tipo de Conta	
Discriminação das Verbas					
Cod.	Descrição	Referência	Provento	Desconto	
011	Salário-Base	30 dia(s)	1.371,50		
092	Arredondamento Compensação		0,75		
310	INSS	8%		98,74	
321	Falta	3 dia(s)		137,15	
391	Arredondamento Desconto			0,36	
			Total de Proventos 1.372,25	Total de Descontos 236,25	
			Líquido a Receber 1.136,00		
Salário Contratual 1.371,50	Base de Cálculo do INSS 1.234,35	Base de Cálculo do FGTS 1.234,35	FGTS 98,74	FGTS Contribuição Social	Base de Cálculo do IRRF

CONTROLE DE FREQUÊNCIA

Empregador: ProCeU Projeto Construindo em Uniao PROCEU Projeto C em Uniao				CNPJ/CEI: 12.995.334/0001-21	
Endereço: Av. Tropical, 1360				Período: De 01/12/2019 a 31/12/2019	
Atividade:				Lotação: 01 MATRIZ	
Empregado: 000020 ANDREZA DOS SANTOS SOARES			Cargo: AUX. ADMINISTRATIVO		CTPS: 00000042384/00117
Dia	E1	S1	E2	S2	Assinatura/Justificativa
01-dom	---	---	---	---	Domingo
02-seg					
03-ter					
04-quá					
05-qui					
06-sex					
07-sáb	---	---	---	---	Sábado
08-dom	---	---	---	---	Domingo
09-seg					
10-ter					
11-quá					
12-qui					
13-sex					
14-sáb	---	---	---	---	Sábado
15-dom	---	---	---	---	Domingo
16-seg					
17-ter					
18-quá					
19-qui	08:02	12:00	13:00	17:02	
20-sex	08:01	12:00	13:00	17:01	
21-sáb	---	---	---	---	Sábado
22-dom	---	---	---	---	Domingo
23-seg	07:58	12:00	13:00	17:00	
24-ter					
25-quá	---	---	---	---	Feriado - NATAL
26-qui	08:01	12:00	13:00	17:01	
27-sex	08:00	12:00	13:00	17:02	
28-sáb	---	---	---	---	Sábado
29-dom	---	---	---	---	Domingo
30-seg	07:59	12:00	13:00	17:00	
31-ter					

  
Assinatura do Empregado

Paciente.....: 2389470 - ANDREZA DOS SANTOS SOARES  
Idade.....: 36 Anos, 3 Meses e 9 Dias  
Localização..: 4 °ANDAR, 4° ANDAR - LEITOS CLÍNICOS, ENFERMARIA  
LEITO 456  
Convênio.....: SUS - INTERNACAO

Prontuário: 00749109  
Nascimento: 09/09/1983  
Admissão...: 10/12/2019  
Clínica...: CLINICA GERAL

Peso da Internação:  
Data/Hora da alta: 18/12/2019 10:12:18

Altura da Internação:  
CID: N298 - OUTROS TRANSTORNOS DO RIM E DO  
URETER EM OUTRAS DOENÇAS CLASSIFICADAS EM  
OUTRA PARTE

Peso da alta:

<b>Diagnóstico Inicial</b>
NEFROLITÍASE
<b>Achados Clínicos - Cirurgicos Significativos</b>
# HMA: PACIENTE PROCUROU UPA HÁ CERCA DE 10 DIAS DEVIDO QUEIXA DE DOR LOMBAR ESQUERDO COM IRRADIAÇÃO PARA FIE. REALIZADO US QUE EVIDENCIOU NEFROLITÍASE ESQUERDA ASSOCIADA A HIDRONEFROSE
# HPP: COMORBIDADES: HAS EM USO: LOSARTANA 50MG MID E ATORVASTATINA 20MG
<b>Evolução Clínica - Cirurgica/Exames Complementares</b>
NEFROLITÍASE DE 1CM AO US ABDOME 16/12/19: tc de abdome e pelve: sinais sugestivos de esteatose hepática. microcálculo renal à d. Imagem hipodensa anexial à D ( cisto ovariano folicular).
ALTA HOSPITALAR ORIENTO GINECOLOGIA AMBULATORIAL ( ACOMPANHAR CISTO FOLICULAR OVARIANO )
<b>Tratamento Realizado</b>
ANALGESIA
<b>Diagnóstico de Alta</b>
NEFROLITÍASE
<b>Procedimentos Cirurgicos</b> <input checked="" type="checkbox"/> Nenhum
<b>Procedimentos não Cirurgicos</b> (Exames Invasivos, com Sedação ou Anestesia)
<b>Condições de Alta</b>
SIM
<b>Alta Multidisciplinar:</b> SIM
<b>Observações:</b>
Retorno Ambulatório - Data:
Data da Alta:
Houve oclusão aguda do STENT dentro de 24 horas? SIM

Pacientes que realizaram procedimento cirúrgico, favor atentar para a presença de sinais e sintomas na ferida operatória até 72 horas após a cirurgia.

**(Vermelhidão, presença de secreção (pus), febre ou dor no local).**

Caso apresente algum destes sinais entrar em contato com o médico responsável e/ou o Serviço de Controle de Infecção Hospitalar. Telefone: **(31) 3299 8100** ou por email [ccih@feluma.org.br](mailto:ccih@feluma.org.br)

1° VIA DO PACIENTE - 2° VIA DEVERÁ SER ANEXADA À PAPELETA

O ACOMPANHANTE DEVERÁ COMPARECER AO POSTO DE ENFERMAGEM PARA RETIRADA DO AVISO DE ALTA, POIS, É OBRIGATORIO A APRESENTAÇÃO DESTES DOCUMENTOS NA PORTARIA PARA LIBERAÇÃO DO PACIENTE.



PREFEITURA DE BETIM

ATESTADO



SUS Sistema Único de Saúde

Atesto que o(a) Sr(a) Andrezza dos Santos Soares

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 valido como exame médico admissional, demissional ou periódico para fins da legislação de segurança e saúde do trabalhador, vide portaria nº 24 de 29/12/94 do Ministério do Trabalho).

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

Necessita permanecer afastado do trabalho por 05 (cinco) dias, a partir de 02/12/19 por motivo de doença CID: N23 (a pedido do cliente). (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 disposto no inciso XVII, art. 7º, capítulo II, título II da Constituição Federal de 05/10/1988. (Licença Maternidade).

OBS: este atestado perderá o valor em caso de rasura e de preenchimento de mais de um campo.

UNIDADE DE SAÚDE		ALAI ALTEROSAS	
DATA	05 DEZ. 2019	SUS - BETIM	
	____/____/20____	Dr. Márcio Coimbra Martins	
		ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL	

Cód.: 25740

IMPRESSO GRÁFICA - SEAD / PMB

**TEV Enviada**

Via Internet Banking CAIXA

**Conta origem:** 1529 / 003 / 00005563-1**Conta destino:** 1529 / 013 / 00019186-9**Nome destinatário:** ANDREZA DOS SANTOS SOARES**Quantidade de vezes:****Valor:** R\$ 1.136,00**Data de débito:** 06/01/2020**Data/hora da operação:** 06/01/2020 12:52:42**Código da operação:** 061252**Chave de segurança:** X79G00QZNAPA75WE**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Help Desk CAIXA: 0800 726 0104