



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\$2.574,80
Nome da Folha:	FEVEREIRO
Mês/Ano:	03/2019
Data Débito:	01/03/2019
Data da operação:	01/03/2019

**Código da operação:** 585598**Chave de Segurança:** 3A6EGLNH0HMZ808X

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\$ 2.574,80
Valor da Tarifa:	R\$ 0,90
<b>Nome da Folha de Pagamento:</b>	FEVEREIRO
<b>Mês/Ano:</b>	03/2019
<b>Data de Débito:</b>	01/03/2019

<b>Nome</b>	<b>CPF</b>	<b>Agência/Conta</b>	<b>Valor</b>	<b>Status</b>
ANA CAROLINA DOS REIS XAVIE	114.603.536-50	1639/0009882709422	2.574,80	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 R AGRIPINO DE LIMA , 144 - Bairro INCONFIDENTES - Contagem

**Demonstrativo de Pagamento**

Func.: 000003 - Ana Carolina dos Reis Xavier Período: 02/2019

Cargo: 0078 - Supervisor Administrativo II Matrícula: CTPS: 4329410 / 00050

Depto.: 001 - Administrativo Admissão: 16/04/2018 CPF: 114.603.536-50

Verbas	Referência	Vencimentos	Descontos
0001 - Salário Contratual	30,00	3.000,00	
0520 - Desconto INSS	11,00		330,00
0530 - Desconto IRRF	7,50		95,20

ATESTADO QUE O SERVIÇO FOI  
PRESTADO E/OU MATERIAL  
FORNECIDO

**Total: 3.000,00 Total: 425,20**

**Valor Líquido 2.574,80**

Recebi o valor líquido, acima descrito em 01/03/19 Assinatura: Ana Carolina dos Reis

<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>
3.000,00	3.000,00	3.000,00	240,00	2.670,00	7,5%

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

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

<b>Empregado(a):</b>	
Nome: <i>Ana Carolina dos Reis</i>	CPF: <i>114.603.536-50</i>
Cargo: <i>Supervisora administrativa</i>	

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		<i>[Assinatura]</i>
2	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO
3	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO
4	08:00	12:30	13:30	17:00		<i>[Assinatura]</i>
5	08:00	12:00	13:00	17:00		<i>[Assinatura]</i>
6	08:00	12:10	13:10	17:00		<i>[Assinatura]</i>
7	08:00	12:15	13:15	17:00		<i>[Assinatura]</i>
8	08:00	12:00	13:00	17:00		<i>[Assinatura]</i>
9	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO
10	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO
11	08:00	12:00	13:00	17:00		<i>[Assinatura]</i>
12	08:00	12:10	13:10	17:00		<i>[Assinatura]</i>
13	08:00	12:30	13:30	17:00		<i>[Assinatura]</i>
14	08:00	12:15	13:15	17:00		<i>[Assinatura]</i>
15	08:00	12:20	13:20	17:00		<i>[Assinatura]</i>
16	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO
17	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO
18	08:00	12:15	13:15	17:00		<i>[Assinatura]</i>
19	08:00	12:20	13:20	17:00		<i>[Assinatura]</i>
20	-	-	-	-	-	<i>[Assinatura]</i>
21	-	-	-	-	-	<i>[Assinatura]</i>
22	-	-	-	-	-	<i>[Assinatura]</i>
23	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO
24	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO
25	08:00	13:00	14:00	17:00		<i>[Assinatura]</i>
26	08:00	12:00	13:00	17:00		<i>[Assinatura]</i>
27	08:00	12:00	13:00	17:00		<i>[Assinatura]</i>
28	08:00	12:15	13:15	17:00		<i>[Assinatura]</i>

*[Assinatura]*  
**Laylla Massad Ghanem Cezar**  
 Diretora de Programas e Benefícios  
 Sec. Mun. Desenvolvimento Social  
 Mat. 01499455

O (a) Sr. (a) Mrs. Karolina dos Reis Xavier

**ATESTADO DE APTIDÃO FÍSICA**

Ao exame clínico não apresenta sinais de doenças infectocontagiosas, de alterações evidentes dos órgãos dos sentidos ou vícios de conformação física. Durante a entrevista, não evidenciou sinais de déficit ou doença neuropsiquiátrica.

**ATESTADO DE COMPARECIMENTO**

Compareceu no Centro Médico Promed \_\_\_\_\_  
das \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ horas para:

- Consulta médica
- Acompanhar familiar
- Entrega de exames
- Outros

Podendo retornar ao trabalho

**ATESTADO DE AFASTAMENTO**

Deverá permanecer 3 (Três)  
dias afastado(a) do trabalho a partir desta data por motivo de doença.

CID \_\_\_\_\_

**LICENÇA MATERNIDADE**

Necessita permanecer \_\_\_\_\_  
dias afastado(a) do trabalho a partir desta data conforme disposto no inciso XVII, art 7º,  
capítulo II, título II da Constituição Federal de 05/10/88.

20.2.19  
Data

Dra. Fabíulla Amara Fernandes  
CRM 65059  
CONTROLE 8828741  
Médico / CRM

- Santa Efigênia** - Avenida Brasil, 845, Santa Efigênia, Belo Horizonte/MG - CEP: 30140-000 Tel: (31) 3222-0447
- Venda Nova** - Rua Santo Antônio, 127, Venda Nova, Belo Horizonte/MG - CEP: 31515-100 - Tel: (31) 2532-2528
- Eldorado** - Rua Casuarinas, 112, Eldorado, Contagem/MG - CEP: 32310-570 - Tel: (31) 3546-2114 / 3546-2115
- Jardim Industrial** - Rua Thomaz Jefferson, 1.044, Jardim Industrial, Contagem/MG - CEP: 32215-290 - Tel: (31) 2559-0055 / 2559-7070