

## Comprovante de transferência entre contas da CAIXA - TEV

Via Internet Banking CAIXA

<b>Emitente:</b>	ASSOCIACAO DE APOIO SOCIAL E CUL
<b>Conta origem:</b>	1639 / 003 / 00005296-7
<b>Conta destino:</b>	0893 / 013 / 00094507-0
<b>Nome destinatário:</b>	JORDANIA ZANGEROLAME ANUNCIACAO
<b>Valor:</b>	R\$ 997,67
<b>Data de débito:</b>	05/09/2018
<b>Data/hora da operação:</b>	05/09/2018 15:35:05
<b>Código da operação:</b>	00711217
<b>Chave de segurança:</b>	VTPLMT2EKKG56G8W

DEBITO REALIZADO COM SUCESSO. A PREVISAO DO CREDITO NA CONTA DESTINO E DE 30 MINUTOS.

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

**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.: 000013 - Jordania Zangerolame Anunciaçao da Silva		Período: 08/2018	
Cargo: 0072 - Auxiliar Administrativo I		Matrícula:	CTPS: 7075260 / 001-0
Depto.: 001 - Administrativo		Admissão: 12/04/2018	CPF: 093.308.886-82

Verbas	Referência	Vencimentos	Descontos
0001 - Salário Contratual	30,00	1.123,20	
0500 - Salário Família	1,00	31,71	
0094 - Vale Transporte	6,00		67,39
0520 - Desconto INSS	8,00		89,85
		<b>Total:</b> 1.154,91	<b>Total:</b> 157,24
		<b>Valor Líquido</b>	<b>997,67</b>

**ATESTO QUE O SERVIÇO FOI  
PRESTADO E/OU MATERIAL  
FORNECIDO**

Recebi o valor líquido, acima descrito em 06/09/18 Assinatura: \_\_\_\_\_

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



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

38

**Folha de Ponto – Mês: Agosto/ 2018**

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

**Empregado(a)**  
 Nome: *Dandimá* CPF: *093.308.886-82*  
 Cargo: *ux. administrativa*

Dia	Entrada	Início de Intervalo	Fim de Intervalo	Saída	Hora Extra	Assinatura do Empregado(a)
1	08:00	11:30	12:30	17:00		<i>[Signature]</i>
2						
3						ATESTADO
4	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO
5	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO
6	08:00	11:30	12:30	17:00		<i>[Signature]</i>
7	08:00	11:30	12:30	17:00		<i>[Signature]</i>
8	08:00	11:30	12:30	17:00		<i>[Signature]</i>
9	08:00	11:30	12:30	17:00		<i>[Signature]</i>
10	08:00	11:30	12:30	17:00		<i>[Signature]</i>
11	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO
12	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO
13	08:00	11:30	12:30	17:00		<i>[Signature]</i>
14	08:00	11:30	12:30	17:00		<i>[Signature]</i>
15	08:00	11:30	12:30	17:00		<i>[Signature]</i>
16	08:00	11:30	12:30	17:00		<i>[Signature]</i>
17	08:00	11:30	12:30	17:00		<i>[Signature]</i>
18	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO
19	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO
20	08:00	11:30	12:30	17:00		<i>[Signature]</i>
21	08:00	11:30	12:30	17:00		<i>[Signature]</i>
22	08:00	11:30	12:30	17:00		<i>[Signature]</i>
23	08:00	11:30	12:30	17:00		<i>[Signature]</i>
24	08:00	11:30	12:30	17:00		<i>[Signature]</i>
25	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO
26	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO
27	08:00	11:30	12:30	17:00		<i>[Signature]</i>
28	08:00	11:30	12:30	17:00		<i>[Signature]</i>
29	08:00	11:30	12:30	17:00		<i>[Signature]</i>
30	Feriado Mun.	Feriado Mun.	Feriado Mun.	Feriado Mun.	Feriado Mun.	Feriado Mun.

\*Feriado Municipal: Contagem – 107 anos de emancipação

PACIENTE:	JORDANIA ZANGEROLAME ANUNCIACAO DA SILVA	DATA NASC.:	28/11/1988
IDADE:	29 Anos 8 Meses 4 Dias	CARTEIRA:	00000010041019292
CONVÊNIO:	CEMIG SAUDE	SERVIÇO:	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO
ESPECIAL.:	NEUROLOGIA	DATA:	01/08/2018
LOCAL:	PRONTO SOCORRO	HORA:	20:38
MÉDICO:	LAISSE LEITE RIBEIRO		


**ATESTADO**

Atesto para fins trabalhistas que o Sr(a) **JORDANIA ZANGEROLAME ANUNCIACAO DA SILVA** esteve em consulta e avaliação médica no dia **01/08/2018** .Deverá manter-se afastado de suas atividades por **3** dia(s) a contar da referida data.

CID: R51  
OBS: CID INFORMADO CONFORME AUTORIZAÇÃO DO PACIENTE.

Observações:

Belo Horizonte, Quarta-Feira, 01 de Agosto de 2018

  
\_\_\_\_\_  
LAISSE LEITE RIBEIRO  
CRM - 59151

