

**Comprovante de transferência entre contas da CAIXA - TEV**

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|-----------------------|----------------------------------|
| Emitente: | ASSOCIACAO DE APOIO SOCIAL E CUL |
| Conta origem: | 1639 / 003 / 00005296-7 |
| Conta destino: | 0893 / 013 / 00104713-0 |

| | |
|-----------------------------------|---------------------|
| Nome destinatário: | LELIANA DEM C DINIZ |
| Valor: | R\$ 998,76 |
| Identificação da operação: | CONTABILIDADE |

| | |
|-------------------------------|---------------------|
| Data de débito: | 01/02/2019 |
| Data/hora da operação: | 01/02/2019 13:35:13 |

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 00156306 |
| Chave de segurança: | GYAEMXU4XR5HETXG |

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

64

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.: 000034 - Leliana de Miranda Chaves Diniz | | | Período: 01/2019 | | |
|---|-------------------------|--|-----------------------|-----------------------------|-------------------|
| Cargo: 0072 - Auxiliar Administrativo I | | Matrícula: 0000000000 | CTPS: 5614691 / 00040 | | |
| Depto.: 001 - Administrativo | | Admissão: 13/09/2018 | CPF: 008.915.856-30 | | |
| Verbas | Referência | Vencimentos | Descontos | | |
| 0001 - Salário Contratual | 30,00 | 1.123,20 | | | |
| 0500 - Salário Família | 1,00 | 32,80 | | | |
| 0094 - Vale Transporte | 6,00 | | 67,39 | | |
| 0520 - Desconto INSS | 8,00 | | 89,85 | | |
| | | ATESTO QUE O SERVIÇO FOI PRESTADO E/OU MATERIAL FORNECIDO | | | |
| | | Total: | 1.156,00 | Total: 157,24 | |
| | | Valor Líquido | | 998,76 | |
| Recebi o valor líquido, acima descrito em <u>01/02/19</u> Assinatura: <u>Leliana Miranda Chaves</u> | | | | | |
| 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

Folha de Ponto – Mês: JANEIRO/ 2019

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

Empregado(a):
 Nome: *Leiliana de Miranda* CPF:
 Cargo:

| Dia | Entrada | Início do Intervalo | Fim do Intervalo | Saída | Hora Extra | Assinatura do(a) Empregado(a) |
|-----|----------|---------------------|------------------|----------|------------|-------------------------------|
| 1 | FERIADO | FERIADO | FERIADO | FERIADO | FERIADO | FERIADO |
| 2 | 8:00 | 12:00 | 13:00 | 17:00 | | <i>Leiliana Miranda</i> |
| 3 | 8:00 | 12:00 | 13:00 | 17:00 | | <i>Leiliana Miranda</i> |
| 4 | 8:00 | 12:00 | 13:00 | 17:00 | | <i>Leiliana Miranda</i> |
| 5 | SÁBADO | SÁBADO | SÁBADO | SÁBADO | SÁBADO | SÁBADO |
| 6 | DOMINGO | DOMINGO | DOMINGO | DOMINGO | DOMINGO | DOMINGO |
| 7 | 8:00 | 12:00 | 13:00 | 17:00 | | <i>Leiliana Miranda</i> |
| 8 | 8:00 | 12:00 | 13:00 | 17:00 | | <i>Leiliana Miranda</i> |
| 9 | 8:00 | 12:00 | 13:00 | 17:00 | | <i>Leiliana Miranda</i> |
| 10 | 8:00 | 12:00 | 13:00 | 17:00 | | <i>Leiliana Miranda</i> |
| 11 | 8:00 | 12:00 | 13:00 | 17:00 | | <i>Leiliana Miranda</i> |
| 12 | SÁBADO | SÁBADO | SÁBADO | SÁBADO | SÁBADO | SÁBADO |
| 13 | DOMINGO | DOMINGO | DOMINGO | DOMINGO | DOMINGO | DOMINGO |
| 14 | 8:00 | 12:00 | 13:00 | 17:00 | | <i>Leiliana Miranda</i> |
| 15 | 8:00 | 12:00 | 13:00 | 17:00 | | <i>Leiliana Miranda</i> |
| 16 | Atestado | Atestado | Atestado | Atestado | | |
| 17 | Atestado | Atestado | Atestado | Atestado | | |
| 18 | Atestado | Atestado | Atestado | Atestado | | |
| 19 | SÁBADO | SÁBADO | SÁBADO | SÁBADO | SÁBADO | SÁBADO |
| 20 | DOMINGO | DOMINGO | DOMINGO | DOMINGO | DOMINGO | DOMINGO |
| 21 | 8:00 | 12:00 | 13:00 | 17:00 | | <i>Leiliana Miranda</i> |
| 22 | 8:00 | 12:00 | 13:00 | 17:00 | | <i>Leiliana Miranda</i> |
| 23 | 8:00 | 12:00 | 13:00 | 17:00 | | <i>Leiliana Miranda</i> |
| 24 | 8:00 | 12:00 | 13:00 | 17:00 | | <i>Leiliana Miranda</i> |
| 25 | | | 13:00 | 17:00 | | <i>Leiliana Miranda</i> |
| 26 | SÁBADO | SÁBADO | SÁBADO | SÁBADO | SÁBADO | SÁBADO |
| 27 | DOMINGO | DOMINGO | DOMINGO | DOMINGO | DOMINGO | DOMINGO |
| 28 | 8:00 | 12:00 | 13:00 | 17:00 | | <i>Leiliana Miranda</i> |
| 29 | 8:00 | 12:00 | 13:00 | 17:00 | | <i>Leiliana Miranda</i> |
| 30 | 8:00 | 12:00 | 13:00 | 17:00 | | <i>Leiliana Miranda</i> |
| 31 | 8:00 | 12:00 | 13:00 | 17:00 | | <i>Leiliana Miranda</i> |

Elaine Cristina Rocha
 Mat. 32190-7
 Gerente do Cadastro Único
 Sec. Mun. Desenvolvimento Social e Habitação



Prefeitura Municipal de Contagem
Secretaria Municipal de Saúde
ATESTADO



Atesto que o(a) Sr(a) LeLinna de Miranda Chaves Diniz
 portador da Carteira Profissional nº _____
 e Carteira de Identidade nº _____

Não apresenta ao exame clínico de rotina realizada 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 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 03 (três) dias, a partir de 16 / 01 / 19 por motivo de doença CID. _____ (a pedido do paciente). (Este atestado é válido p/ 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, apartir de _____ / _____ / _____ conforme o dispositivo no 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
16 / 01 / 19

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

Dr. William Camargos de Lima
CRM_{MG} 76268
CONTROLE 2538040