

**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 / 00104435-2

<b>Nome destinatário:</b>	MURILO RIBEIRO ROCHA
<b>Valor:</b>	R\$ 965,96
<b>Identificação da operação:</b>	CONTABILIDADE

<b>Data de débito:</b>	01/02/2019
<b>Data/hora da operação:</b>	01/02/2019 13:38:37

<b>Código da operação:</b>	00159586
<b>Chave de segurança:</b>	7H32FNGJ9QNGTTPV

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

76

**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.: 000036 - Murilo Ribeiro Rocha		Período: 01/2019	
Cargo: 0072 - Auxiliar Administrativo I		Matrícula:	CTPS: 6668530 / 00050
Depto.: 001 - Administrativo		Admissão: 14/09/2018	CPF: 102.121.776-05

Verbas	Referência	Vencimentos	Descontos
0001 - Salário Contratual	30,00	1.123,20	67,39
0094 - Vale Transporte	6,00		89,85
0520 - Desconto INSS	8,00		
		<b>Total:</b> 1.123,20	<b>Total:</b> 157,24
		<b>Valor Líquido</b>	<b>965,96</b>

ATESTO QUE O SERVIÇO FOI  
PRESTADO E/OU MATERIAL  
FORNECIDO \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Recebi o valor líquido, acima descrito em 01/02/19 Assinatura: [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	



77

**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: Murilo Ribeiro Rocha CPF: 102 121 776-05  
 Cargo: Aux. Administrativo I

Dia	Entrada	Início do Intervalo	Fim do Intervalo	Saída	Hora Extra	Assinatura do(a) Empregado(a)
1	FERIADO	FERIADO	FERIADO	FERIADO	FERIADO	FERIADO
2	08:00	13:00	14:00	17:00		<i>Murilo</i>
3	08:00	13:00	14:00	17:00		<i>Murilo</i>
4	08:00	13:00	14:00	17:00		<i>Murilo</i>
5	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO
6	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO
7	08:00	13:00	14:00	17:00		<i>Murilo</i>
8	08:00	13:00	14:00	17:00		<i>Murilo</i>
9	08:00	13:00	14:00	17:00		<i>Murilo</i>
10	08:00	13:00	14:00	17:00		<i>Murilo</i>
11	08:00	13:00	14:00	17:00		<i>Murilo</i>
12	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO
13	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO
14						<i>Atestado</i>
15						<i>Atestado</i>
16	08:00	13:00	14:00	17:00		<i>Murilo</i>
17	08:00	13:00	14:00	17:00		<i>Murilo</i>
18	08:00	13:00	14:00	17:00		<i>Murilo</i>
19	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO
20	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO
21	08:00	13:00	14:00	17:00		<i>Murilo</i>
22	08:00	13:00	14:00	17:00		<i>Murilo</i>
23	08:00	13:00	14:00	17:00		<i>Murilo</i>
24	08:00	13:00	14:00	17:00		<i>Murilo</i>
25	08:00	13:00	14:00	17:00		<i>Murilo</i>
26	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO
27	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO
28	08:00	13:00	14:00	17:00		<i>Murilo</i>
29	08:00	13:00	14:00	17:00		<i>Murilo</i>
30	08:00	13:00	14:00	17:00		<i>Murilo</i>
31	08:00	13:00	14:00	17:00		<i>Murilo</i>

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



**ATESTADO**

Atesto com a finalidade de TRABALHO

Que o(a) paciente MURILLO LIBERTO ROCHA

Esteve em tratamento odontológico nesta clínica em 12 / 01 / 2019

No período da MANHÃ das 10:00 horas às 10:20 horas.

Obs.: NECESSITANSO DE 03 (três) dias  
de retorno a partir de hoje.

Belo Horizonte, 12 de 01 de 20 19

[Assinatura]  
Assinatura do Paciente ou Responsável

[Assinatura]  
Assinatura do Cirurgião Dentista

Cirurgião Dentista  
**Dr. Alexander G.A. Mal**  
Especialista em Implantodontia  
CRO 22013 - I.E. 2113

**ATESTADO**

Atesto com a finalidade de Taxa de

Que o(a) paciente Luís Roberto Rocha

Esteve em tratamento odontológico nesta clínica em 15 10 19

No período da manhã das \_\_\_\_\_ horas às \_\_\_\_\_ horas.

Obs.: Necessita de afastamento de 3 (um) dia. Retornando a suas atividades normais dia 16/10/19.

Belo Horizonte, 15 de Janeiro de 20 19

Assinatura do Paciente ou Responsável

**Dra. Carla Matos**  
Cirurgiã Dentista  
CEO/MG 26655

Assinatura do Cirurgião Dentista