

**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 / 00104435-2

Nome destinatário:	MURILO RIBEIRO ROCHA
Valor:	R\$ 965,96

Data de débito:	01/03/2019
Data/hora da operação:	01/03/2019 11:00:51

Código da operação:	00140136
Chave de segurança:	9ZKF0CJCQPT66525

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.: 000036 - Murilo Ribeiro Rocha Período: 02/2019

Cargo: 0072 - Auxiliar Administrativo I Matricula: 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	
0094 - Vale Transporte	6,00		67,39
0520 - Desconto INSS	8,00		89,85
		Total: 1.123,20	Total: 157,24
		Valor Líquido	965,96

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

Recebi o valor líquido, acima descrito em 01/03/19 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

Folha de Ponto – Mês: FEVEREIRO/ 2019

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

Empregado(a):
Nome: <i>Murilo Ribeiro Rocha</i> CPF: 102 121 776-05
Cargo: <i>Aux. Administrativo I</i>

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

Laylla Massara Chanem Cezar
 Laylla Massara Chanem Cezar
 Diretora de Programas e Benefícios
 Sec. Mun. Desenvolvimento Social
 Mat. 01499455

ATESTADO

Atesto com a finalidade de Trabalho

Que o(a) paciente Jurillo Ribeiro Rocha

Esteve em tratamento odontológico nesta clínica em 06 / 02 / 19

No período da manhã das 08:45 horas às 09:45 horas.

Obs.: _____

Belo Horizonte, 06 de Fevereiro de 20 19

Miranda Caidas
CRD/MG 40064

Assinatura do Paciente ou Responsável _____

Assinatura do Cirurgião Dentista _____