



# 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>	04/10/2018
<b>Data/hora da operação:</b>	04/10/2018 11:28:49

<b>Código da operação:</b>	00188674
<b>Chave de segurança:</b>	SRC0C0FJ32HN0W86

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 Anunciação da Silva		Período: 09/2018
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 04/10/18 Assinatura: \_\_\_\_\_

<b>Salário Base</b> 1.123,20	<b>Sal. Contr. INSS</b> 1.123,20	<b>Base Cál. FGTS</b> 1.123,20	<b>FGTS do Mês</b> 89,85	<b>Base Cál. IRRF</b> 1.033,35	<b>Faixa IRRF</b>
---------------------------------	-------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------	-----------------------------------	-------------------



**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: SETEMBRO/ 2018**

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

<b>Empregado(a)</b>	<b>Nome: Jordania Yemoura Lamei</b>	<b>CPF: 099.308.886.82</b>
<b>Cargo:</b>	<b>Auxiliar Administrativa</b>	

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

• 07 de Setembro: Independência do Brasil – Feriado Nacional





Prefeitura Municipal de Contagem  
Secretaria Municipal de Saúde  
**ATESTADO**



Atesto que o(a) Sr(a) Jordano Z. Anunciação da Silva

portador da Carteira Profissional nº \_\_\_\_\_

e Carteira de Identidade nº \_\_\_\_\_

Não apresenta ao exame clínico de rotina realizado 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 válido 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).

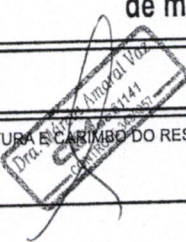
Compareceu nesta data para consulta / exame tendo permanecido na unidade no período de \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ horas.

Necessita permanecer afastado do trabalho por 01 (um) dias, a partir de 20/09/18 por motivo de doença CID. \_\_\_\_\_ (a pedido do paciente). (Este atestado é válido para 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, a partir 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 <u>20/09/18</u>	ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL  CENTRO MATERNO INFANTIL MARIANA PAULA DE JESUS Av. João César de Oliveira, 4195 Bairro Cinco - Tel.: 3363-5300