

**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>	0084 / 013 / 00011738-2

<b>Nome destinatário:</b>	SILVANA ELPIDIA GOMES
<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 13:40:15

<b>Código da operação:</b>	00159947
<b>Chave de segurança:</b>	5Z1UCMQ5FXEE77ST

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.: 000024 - Silvana Elpidia Gomes			Periodo: 01/2019	
Cargo: 0072 - Auxiliar Administrativo I		Matrícula:	CTPS: 4258498 / 00040	
Depto.: 001 - Administrativo		Admissão: 14/05/2018	CPF: 790.962.396-87	
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>	965,96	

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	

ATESTO QUE O SERVIÇO FOI PRESTADO E/OU MATERIAL FORNECIDO

ASSOCIAÇÃO DE APOIO SOCIAL E CULTURAL RENASCER

CNPJ: 05.956.125/0001-03

Rua Agripino Lima, 144 – Bairro Inconfidentes – Contagem – MG



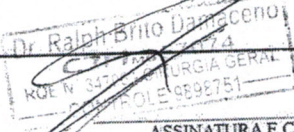
E-mail: assrenascer@gmail.com

Folha de Ponto – Mês: JANEIRO/ 2019

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

<b>Empregado(a):</b>
Nome: Silvana Elisabete Gomes CPF: 790 962 396 87
Cargo: Administrativo

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

 <p>PREFEITURA DE BETIM</p>	<h2>ATESTADO</h2>	 <p>SUS Sistema Único de Saúde</p>
<p>Atesto que o(a) Sr(a) <u>Silvana Elpidio Gomes</u>          Portador da Carteira Profissional nº _____          e Carteira de Identidade nº _____</p>		
<p><input type="checkbox"/> 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 valido como exame médico admissional, demissional ou periódico para fins da legislação de segurança e saúde do trabalhador, vide portaria nº 24 de 29/12/94 do Ministério do Trabalho).</p>		
<p><input type="checkbox"/> Compareceu nesta data para consulta / exame, tendo permanecido nesta unidade no período de _____ às _____ horas.</p>		
<p><input checked="" type="checkbox"/> Necessita permanecer afastado do trabalho por <u>01 (UM)</u> dias, a partir de <u>25/01/19</u> por motivo de doença CID: <u>W64</u> (a pedido do cliente). (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)</p>		
<p><input type="checkbox"/> Deverá afastar-se do trabalho no período de _____ (_____) dias, a partir de ____/____/____ conforme o disposto no inciso XVII, art. 7º, capítulo II, título II da Constituição Federal de 05/10/1988. (Licença Maternidade).</p>		
<p><b>OBS: Este atestado perderá o valor em caso de rasura e de preenchimento de mais de um campo.</b></p>		
<p>UNIDADE DE SAÚDE</p>	<p style="text-align: right;">Avenida Belo Horizonte, nº 154 Jardim Teresópolis - Betim, MG</p>	
<p>DATA <u>25/01/2019</u></p>	<p style="text-align: center;">           ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL       </p>	