



Serviços

Comprovante de Autorização da Folha

Via Internet Banking CAIXA

Operação realizada com sucesso.

Conta de débito:	1639 / 003 . 00005296-7
Número do Convênio:	308777
Tipo do Compromisso:	07
Número do Compromisso:	0001
Quantidade de Pagamento:	1
Valor Total Folha:	R\$1.748,38
Nome da Folha:	FEVEREIRO
Mês/Ano:	03/2019
Data Débito:	01/03/2019
Data da operação:	01/03/2019

Código da operação: 540284**Chave de Segurança:** 9GPH8NE7F9XNMN6N

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474



Consulta Detalhes da Folha

Via Internet Banking CAIXA

Número do Convênio:	308777
Tipo do Compromisso do Convênio:	07
Número do Compromisso:	0001
Quantidade de Pagamento:	1
Valor Total da Folha:	R\$ 1.748,38
Valor da Tarifa:	R\$ 0,90
Nome da Folha de Pagamento:	FEVEREIRO
Mês/Ano:	03/2019
Data de Débito:	01/03/2019

Nome	CPF	Agência/Conta	Valor	Status
SIMONE CLEUNICE SILVA DA PA	094.866.326-00	1639/0009882709198	1.748,38	Liquidado

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

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.: 000007 - Simone Cleunice Silva da Paz		Período: 02/2019	
Cargo: 0069 - Supervisor Administrativo		Matrícula:	CTPS: 0052996 / 00137
Depto.: 001 - Administrativo		Admissão: 11/04/2018	CPF: 094.866.326-00
Verbas	Referência	Vencimentos	Descontos
0001 - Salário Contratual	30,00	2.071,61	
0094 - Vale Transporte	6,00		124,30
0520 - Desconto INSS	9,00		186,44
0530 - Desconto IRRF	7,50		12,49
		Total:	Total:
		2.071,61	323,23
		Valor Líquido	1.748,38

Recebi o valor líquido, acima descrito em 01/03/19 Assinatura: Simone C. Silva da Paz

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	FGTS do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.071,61	2.071,61	2.071,61	165,72	1.885,17	7,5%

ATESTADO QUE O SERVIÇO FOI
PRESTADO E/OU MATERIAL
FORNECIDO / /

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>Rimone C. Silva</i>	CPF: <i>094.866.326-00</i>
Cargo:	

Dia	Entrada	Início do Intervalo	Fim do Intervalo	Saída	Hora Extra	Assinatura do(a) Empregado(a)
1	08:00	12:00	13:00	17:00		<i>[Signature]</i>
2	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO
3	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO
4	08:00	12:00	13:00	17:00		<i>[Signature]</i>
5	08:00	12:00	13:00	17:00		<i>[Signature]</i>
6	08:00	12:00	13:00	17:00		<i>[Signature]</i>
7	08:00	12:00	13:00	17:00		<i>[Signature]</i>
8	08:00	12:00	13:00	17:00		<i>[Signature]</i>
9	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO
10	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO
11	08:00	12:00	13:00	17:00		<i>[Signature]</i>
12	13:40	13:00	14:00	17:00		<i>[Signature]</i>
13	08:00	12:00	13:00	17:00		<i>[Signature]</i>
14	08:00	12:00	13:00	17:00		<i>[Signature]</i>
15	08:00	12:00	13:00	17:00		<i>[Signature]</i>
16	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO
17	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO
18	08:00	12:00	13:00	17:00		<i>[Signature]</i>
19	08:00	12:00	13:00	17:00		<i>[Signature]</i>
20	08:00	12:00	13:00	17:00		<i>[Signature]</i>
21	08:00	12:00	13:00	17:00		<i>[Signature]</i>
22	08:00	12:00	13:00	17:00		<i>[Signature]</i>
23	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO
24	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO
25	08:00	12:00	13:00	17:00		<i>[Signature]</i>
26	08:00	12:00	13:00	17:00		<i>[Signature]</i>
27	08:00	12:00	13:00	17:00		<i>[Signature]</i>
28	08:00	12:00	13:00	17:00		<i>[Signature]</i>

[Signature]
Laylla Massaud Ghanem Cezar
 Diretora de Programas e Benefícios
 Sec. Mun. Desenvolvimento Social
 Mat. 01499455

Atesto que o(a) Sr.(a) Suzane Cleonice de Silva
Bez

APENAS UMA OPÇÃO DEVERÁ SER ASSINALADA

Não apresenta, ao exame clínico realizado nesta data, sinais de doenças infecto-contagiosas, alterações em órgãos dos sentidos ou vícios de conformação física. Durante a entrevista, não foram evidenciadas sinais de déficit ou doença neuro psiquiátrica.

Encontra-se em condições de participar de atividades físicas programadas.

Compareceu, nesta data, para Consulta
 Retorno de consulta ou exame
 Acompanhante familiar

Permanecendo, no período das 09:51 às 11:30 horas. CID _____

Necessita permanecer afastado do trabalho por _____ (_____) dias, a partir do dia ____/____/____.

O afastamento por mais de 15 (quinze) dias implica providenciar laudo para INSS.

Belo Horizonte, 12 de fevereiro de 2019.

Dr. Maria Cristina F. Hudson
CRM-MG nº 26789

Assinatura do Médico com Carimbo