

**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:	0892 / 013 / 00096936-5
Nome destinatário:	AMANDA DE OLIVEIRA CARVALHO
Valor:	R\$ 978,74
Data de débito:	02/12/2019
Data/hora da operação:	02/12/2019 16:37:21
Código da operação:	39633018
Chave de segurança:	1CVS17R51VQ5E6F1

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 - AASC
05.956.125/0001-03

Rua AGRIPINO DE LIMA , 181 - Bairro INCONFIDENTES - Contagem

Demonstrativo de Pagamento

Func.: 000033 - Amanda de Oliveira Carvalho Período: 11/2019

Cargo: 0072 - Auxiliar Administrativo I Matrícula: CTPS: 7271286 / 00040

Depto.: 001 - Administrativo Admissão: 13/09/2018 CPF: 127.197.706-04

Verbas	Referência	Vencimentos	Descontos
0001 - Salário Contratual	30,00	1.180,15	
0090 - Desconto de Faltas	1,00		39,34
0094 - Vale Transporte	6,00		70,81
0520 - Desconto INSS	8,00		91,26

ATESTO QUE O SERVIÇO FOI PRESTADO E / OU MATERIAL FORNECIDO 02/12/19

[Assinatura]

MG-18747872 M-7740312

Total: 1.180,15 Total: 201,41

Valor Líquido 978,74

Recebi o valor líquido, acima descrito em 02/12/19 Assinatura: Amanda de Oliveira

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	FGTS do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.180,15	1.140,81	1.140,81	91,26	1.049,55	

[Assinatura]

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: NOVEMBRO/ 2019

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

Empregado(a)
Nome: Amanda de Oliveira CPF: 127.197.706-04
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		Amanda de Oliveira
2	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO
3	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO
4	08:00	12:00	13:00	17:00		Amanda de Oliveira
5	08:00	12:00	13:00	17:00		Amanda de Oliveira
6	08:00	12:00	13:00	17:00		Amanda de Oliveira
7	08:00	12:00	13:00	17:00		Amanda de Oliveira
8	08:00	12:00	13:00	17:00		Amanda de Oliveira
9	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO
10	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO
11	08:00	12:00	13:00	17:00		Amanda de Oliveira
12	08:00	12:00	13:00	17:00		Amanda de Oliveira
13						
14						
15	FERIADO	FERIADO	FERIADO	FERIADO	FERIADO	FERIADO
16	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO
17	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO
18	08:00	12:00	13:00	17:00		Amanda de Oliveira
19	08:00	12:00	13:00	17:00		Amanda de Oliveira
20	FERIADO	FERIADO	FERIADO	FERIADO	FERIADO	FERIADO
21	08:00	12:00	13:00	17:00		Amanda de Oliveira
22	08:00	12:00	13:00	17:00		Amanda de Oliveira
23	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO
24	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO
25	08:00	12:00	13:00	17:00		Amanda de Oliveira
26	08:00	12:00	13:00	17:00		Amanda de Oliveira
27	08:00	12:00	13:00	17:00		Amanda de Oliveira
28	08:00	12:00	13:00	17:00		Amanda de Oliveira
29	08:00	12:00	13:00	17:00		Amanda de Oliveira
30	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO

FALT

Feriados: 02/11 – Sábado - Finados (Feriado Federal) Lei Federal nº 10.607/2002
 15/11 - Sexta-Feira - Proclamação da República Feriado Federal Lei Federal nº 10.607/2002

(Handwritten signatures)

ESTADO MEDICO

Atesto que o(a) sr(a) Ammanda de Oliveira Carvalho,
 portador da Carteira Profissional nº _____
 e Carteira de Identidade nº _____

Não apresenta ao exame clínico de rotina realizado nesta data sinais de doenças infectocontagiosas, de alterações evidentes de órgãos dos sentidos ou vícios de conformação física. Durante a entrevista não evidenciou sinais de déficit ou doença neuropsiquiátrica (este exame não é válido como exame admissional, ou periódico para fins de legislação de segurança e 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 dia) dias, a partir de 13/11/19 por motivo de doença CID. B94.10-A04 (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 disposto 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.

13 / 11 / 19

 Data

FUNDAÇÃO FIAT
 Drª Denise Andrea Lima Resende
 CRM-MG 17.264

 Assinatura / Carimbo / CRM

Morais

FCA SAÚDE

DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO

INFORMAMOS PARA OS DEVIDOS FINS QUE:

AMANDA DE OLIVEIRA CARVALHO

COMPARECEU AO NÚCLEO DE SAÚDE E BEM ESTAR DE CONTAGEM PARA
CONSULTA MÉDICA.

ESPECIALIDADE: NUTRIÇÃO E CLINICO GERAL

HORÁRIO: 12:05 ÀS 13:20

DATA: 13/11/2019

Renata
Fundação Fiat - ANS 36787-7
Núcleo de Saúde e Bem-Estar
Contagem

NUCLEO DE SAÚDE DE CONTAGEM
AV. JOAO CESAR DE OLIVEIRA, 600 ELDORADO CONTAGEM

Apover