

**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:	1529 / 013 / 00077519-4

Nome destinatário:	EDUARDA OLIVEIRA ALVES PINTO
Valor:	R\$ 965,96

Data de débito:	01/10/2019
Data/hora da operação:	01/10/2019 13:08:14

Código da operação:	27618424
Chave de segurança:	JS02J10Z9X0CC2QY

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 AGRIPINO DE LIMA , 181 - Bairro INCONFIDENTES - Contagem

Demonstrativo de Pagamento

Func.: 000042 - Eduarda Oliveira Alves Pinto		Período: 09/2019	
Cargo: 0072 - Auxiliar Administrativo I		Matrícula:	CTPS: 1629813 / 00060
Depto.: 001 - Administrativo		Admissão: 19/11/2018	CPF: 121.086.566-18
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		
		Total: 1.123,20	Total: 157,24
		Valor Líquido	965,96

ATESTO QUE O SERVIÇO FOI PRESTADO E / OU MATERIAL FORNECIDO

03/10/19

M-18747070 M-7740312

Recebi o valor líquido, acima descrito em 03/10/19 Assinatura: Eduarda O. A. Pinto

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	

[Handwritten signature]

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/ 2019

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

Empregado(a)
 Nome: Amanda C. Toledo CPF:
 Cargo: aux. administrativo

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

Amanda C. Toledo Amanda

ATESTADO MÉDICO

Atesto que o Sr. (a): **EDUARDA OLIVEIRA ALVES PINTO**

() 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 atestado não é válido como exame médico admissional, demissional ou periódico para fins da legislação de segurança e saúde do trabalhador. Vide portaria nº24/94 e NR nº07, do Ministério do Trabalho.)

() Compareceu nesta data para consulta/exame, tendo permanecido na Clínica no período de _____ às _____ horas.

(X) Necessita permanecer afastado por 1 dia a partir de 04/09/19, por motivo de doença CID:N30. Este atestado é válido para finalidades previstas nos artigos 71 e 72, parágrafo 1º do decreto 3048/99 e será expedido para justificar o afastamento do trabalho de 01 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).

Contagem, 04/09/2019



Assinatura/Carimbo Médico