

**TEV Enviada**

Via Internet Banking CAIXA

Conta origem: 1639 / 003 / 00005296-7**Conta destino:** 1529 / 013 / 00077519-4**Nome destinatário:** EDUARDA OLIVEIRA ALVES PINTO**Quantidade de vezes:****Valor:** R\$ 1.014,93**Data de débito:** 07/11/2019**Data/hora da operação:** 07/11/2019 10:05:36**Código da operação:** 071005**Chave de segurança:** 33TZXJ4W0L0LU9G8**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

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: 10/2019	
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	1.180,15	
0094 - Vale Transporte	6,00		70,81
0520 - Desconto INSS	8,00		94,41
		Total: 1.180,15	Total: 165,22
		Valor Líquido	1.014,93

**ATESTO QUE O SERVIÇO FOI
PRESTADO E / OU MATERIAL
FORNECIDO 07/11/19**
[Assinatura]
11-740310 16-1974792

Recebi o valor líquido, acima descrito em 06/11/19 Assinatura: Eduarda Oliveira A. Pinto

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	FGTS do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.180,15	1.180,15	1.180,15	94,41	1.085,74	

[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: OUTUBRO/ 2019

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

Empregado(a)	
Nome: <i>Eduarda Oliveira Alves Pinto</i>	CPF:
Cargo: <i>Auxiliar Administrativo</i>	

Dia	Entrada	Início do Intervalo	Fim do Intervalo	Saída	Hora Extra	Assinatura do(a) Empregado(a)
1	08:00	13:00	14:00	17:00		<i>Eduarda O. A. Pinto</i>
2	08:00	13:00	14:00	17:00		<i>Eduarda O. A. Pinto</i>
3	08:00	13:00	14:00	17:00		<i>Eduarda O. A. Pinto</i>
4	08:00	13:00	14:00	17:00		<i>Eduarda O. A. Pinto</i>
5	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO
6	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO
7	08:00	13:00	14:00	17:00		<i>Eduarda O. A. Pinto</i>
8	08:00	13:00	14:00	17:00		<i>Eduarda O. A. Pinto</i>
9	08:00	13:00	14:00	17:00		<i>Eduarda O. A. Pinto</i>
10	08:00	13:00	14:00	17:00		<i>Eduarda O. A. Pinto</i>
11	08:00	13:00	14:00	17:00		<i>Eduarda O. A. Pinto</i>
12	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO
13	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO
14	08:00	13:00	14:00	17:00		<i>Eduarda O. A. Pinto</i>
15	08:00	13:00	14:00	17:00		<i>Eduarda O. A. Pinto</i>
16	08:00	13:00	14:00	17:00		<i>Eduarda O. A. Pinto</i>
17	08:00	13:00	14:00	17:00		<i>Eduarda O. A. Pinto</i>
18						
19	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO
20	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO
21	08:00	13:00	14:00	17:00		<i>Eduarda O. A. Pinto</i>
22	08:00	13:00	14:00	17:00		<i>Eduarda O. A. Pinto</i>
23	08:00	13:00	14:00	17:00		<i>Eduarda O. A. Pinto</i>
24	08:00	13:00	14:00	17:00		<i>Eduarda O. A. Pinto</i>
25	08:00	13:00	14:00	17:00		<i>Eduarda O. A. Pinto</i>
26	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO
27	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO
28						
29	08:00	13:00	14:00	17:00		<i>Eduarda O. A. Pinto</i>
30	08:00	13:00	14:00	17:00		<i>Eduarda O. A. Pinto</i>
31	08:00	13:00	14:00	17:00		<i>Eduarda O. A. Pinto</i>

Eduarda

[Signature]

ATESTADO

Atesto que o(a) 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 nº 24/94 e NR nº 07 do Ministério do Trabalho).

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

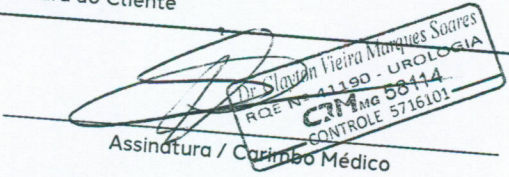
Compareceu nesta data para consulta/exame, acompanhado pelo Sr. (a) _____ tendo permanecido na Clínica no período de _____ às _____ horas.

Necessita permanecer afastado do trabalho por 03 dias (Um) a partir de 18/10/19, por motivo de doença CID R.39. (Este atestado é válido para finalidades previstas no artigo 71 e 72, parágrafo 1º do Decreto 3048/99 e será expedido para justificar o afastamento do trabalho de 01 a 15 dias).

Eu, _____ RG _____ autorizo a inclusão do CID no Atestado Médico.

Assinatura do Cliente

Contagem, 18/10/19


Assinatura / Carimbo Médico

Fique por dentro dos nossos serviços!
☎ (31) 98256-6180 📍 clinicaviverbemcontagem

Atendimento:
Segunda a Sexta de 7h às 20h
Sábado de 7h às 14h

Rua Manoel Pinheiro Diniz, 25 | Centro | Contagem | MG | CEP: 32041-140
31 3398-8874 | clinicaviverbem@yahoo.com.br | www.viverbemclinica.com.br

