



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\$1.843,59
Nome da Folha:	OUTUBRO11
Mês/Ano:	11/2019
Data Débito:	07/11/2019
Data da operação:	07/11/2019

Código da operação: 230793

Chave de Segurança: WCNNXAU919RSAVT2

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\$ 1.843,59
Valor da Tarifa:	R\$ 0,90
Nome da Folha de Pagamento:	OUTUBRO11
Mês/Ano:	11/2019
Data de Débito:	07/11/2019

Nome	CPF	Agência/Conta	Valor	Status
GLAYCE DUARTE D. S. MEDEIRO	980.900.626-87	1639/0009882709341	1.843,59	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 AGRIPINO DE LIMA , 181 - Bairro INCONFIDENTES - Contagem


Demonstrativo de Pagamento

Func.: 000017 - Glayce Duarte dos Santos Medeiros Período: 10/2019

Cargo: 0075 - Assistente Administrativo III Matrícula: CTPS: 0049036 / 00044

Depto.: 001 - Administrativo Admissão: 11/04/2018 CPF: 980.900.626-87

Verbas	Referência	Vencimentos	Descontos
0001 - Salário Contratual	30,00	2.175,62	
0094 - Vale Transporte	6,00		130,54
0520 - Desconto INSS	9,00		195,80
0530 - Desconto IRRF	7,50		5,69

ATESTO QUE O SERVIÇO FOI PRESTADO E / OU MATERIAL FORNECIDO
 07/11/19

 11-7746319 MG-18747272

Total:	2.175,62	Total:	332,03
Valor Líquido		1.843,59	

Recebi o valor líquido, acima descrito em 07/11/19 Assinatura: Glayce Duarte dos Santos Medeiros

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	FGTS do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.175,62	2.175,62	2.175,62	174,04	1.979,82	7,5%

Glayce

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: Grauce Kuarite das Santos Mendonça CPF: 980900626-87
 Cargo: aux. administrativo

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

Assinaturas manuscritas



ATESTADO MÉDICO

Atesto que o(a) Sr(a) Alayne Duarte dos Santos Medeiros
portador da Carteira Profissional nº _____
e Carteira de Identidade nº _____

Não apresenta ao exame clínico de rotina realizado nesta data sinais de doença 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 válido como exame admissional, demissional ou periódico para fins de legislação a 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 2 (dois) dias, a partir de 14/10/19 por motivo de doença CID. _____ (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 dispositivo 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.

UNIDADE DE SAÚDE:

DATA:

14/10/19

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL:

Dr. Américo Luis P. de Souza
Médico
CRM 57293
CONTAGEM

Alayne