



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:	DEZEMBRO11
Mês/Ano:	01/2020
Data Débito:	02/01/2020
Data da operação:	02/01/2020

Código da operação: 122101**Chave de Segurança:** F5NC5PK4AKLUSXRW

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



111

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:	DEZEMBRO11
Mês/Ano:	01/2020
Data de Débito:	02/01/2020

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

F.: 000017 - Glayce Duarte dos Santos Medeiros		Período: 12/2019			
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		
		Total: 2.175,62	Total: 332,03		
		Valor Líquido	1.843,59		
Recebi o valor líquido, acima descrito em <u>02/01/2020</u> Assinatura: <u>Glayce Duarte dos Santos Medeiros</u>					
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%

ATESTO QUE O SERVIÇO FOI
PRESTADO E / OU MATERIAL
FORNECIDO 02/01/2020
[Assinatura]
MG-18747272 4-770312

[Assinatura]

ASSOCIAÇÃO DE APOIO SOCIAL E CULTURAL RENASCER

CNPJ: 05.956.125/0001-03

Rua Agripino Lima, 181 – Bairro Inconfidentes – Contagem – MG

E-mail: assrenascer@gmail.com

Folha de Ponto – Mês: DEZEMBRO/ 2019

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

Empregado(a)	Nome: Glauce prasil de das santas medicinas	CPF: 980900626-57
Cargo:	Aux. administrativo	

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

Feriados: 25/ 12 – Qua ta-feira - Natal (Feriado Federal) Lei Federal nº 10.607/2002

[Signature]

[Signature]



ATESTADO MÉDICO

Atesto que o(a) Sr(a) Gláucia 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 1 (um) dias, a partir de 19/12/19 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:

UBS VILA DINALZ

DATA:

19/12/19

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL:
MÉDICO:
Dr. André
CONTROLE 57293 2300958

EQUIPE 77 E 88
RUA OZORIO DE MORAIS, Nº 957
B. CID. INDUSTRIAL-CONTAGEM
TELEFONE: 33628128/33635847

Gláucia