

Comprovante de transferência entre contas da CAIXA - TEV

Via Internet Banking CAIXA

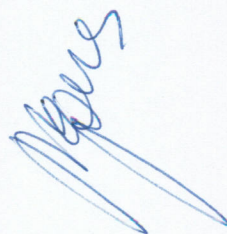
Emitente:	ASSOCIACAO DE APOIO SOCIAL E CUL
Conta origem:	1639 / 003 / 00005296-7
Conta destino:	3814 / 013 / 00028632-5

Nome destinatário:	MARCOS F B RODRIGUES
Valor:	R\$ 1.014,93

Data de débito:	07/11/2019
Data/hora da operação:	07/11/2019 10:07:04

Código da operação:	88114536
Chave de segurança:	HGE1JTAUTZ9ZEW18

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.: 000028 - Marcos Filipe Baldon Rodrigues		Período: 10/2019	
Cargo: 0072 - Auxiliar Administrativo I		Matrícula:	CTPS: 0005765 / 00159
Depto.: 001 - Administrativo		Admissão: 11/09/2018	CPF: 113.171.356-79
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]
M-7742312 MG-12742312

Recebi o valor líquido, acima descrito em 04/11/19 Assinatura: *[Assinatura]*

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: MARCOS FILIPE BALDWIN RODRIGUES	CPF: 113171356-79
Cargo: AUXILIAR ADMINISTRATIVO	

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		
2	08:00	12:00	13:00	17:00		
3	08:00	12:00	13:00	17:00		
4	08:00	12:00	13:00	17:00		
5	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO
6	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO
7	08:00	12:00	13:00	17:00		
8	08:00	12:00	13:00	17:00		
9	08:00	12:00	13:00	17:00		
10	08:00	12:00	13:00	17:00		
11	08:00	12:00	13:00	17:00		
12	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO
13	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO
14	08:00	12:00	13:00	17:00		
15	08:00	12:00	13:00	17:00		
16	08:00	12:00	13:00	17:00		
17	08:00	12:00	13:00	17:00		
18	08:00	12:00	13:00	17:00		
19	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO
20	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO
21	08:00	12:00	13:00	17:00		
22						ATESTADO
23						ATESTADO
24						ATESTADO
25	08:00	12:00	13:00	17:00		
26	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO	SÁBADO
27	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO	DOMINGO
28						Conta Facilitada
29	08:00	12:00	13:00	17:00		
30	08:00	12:00	13:00	17:00		
31	08:00	12:00	13:00	17:00		

ATESTADO MÉDICO

Atesto que o(a) Sr(a) Marcos Felipe Baldoen Rodrigues
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 03 (três) dias, a partir de 22/10/19 por motivo de doença CID. H10 (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:

22/10/2019.

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

Dra. Andrea Brígida
CRM nº 53985
CON. 2019 7536892

