

**REPASSE AO TERCEIRO SETOR
DEMONSTRATIVO DA RECEITA E DESPESA**

ÓRGÃO PÚBLICO: PREFEITURA MUNICIPAL DE MIRASSOL
ENTIDADE BENEFICIÁRIA: ARCD - ASSOCIAÇÃO DE REABILITAÇÃO DA CRIANÇA DEFICIENTE
CNPJ: 10.381.764/0001-28
ENDEREÇO: JD. MARACANÃ - AVENIDA DA LUZ, 2525
RESPONSÁVEL PELA ENTIDADE: LÍCIA SOARES FERNANDES NAGAO
TERMO DE CONVÊNIO 435/2023
OBJETO: DESPESAS DE MANUTENÇÃO E SUAS ATIVIDADES
COMPETÊNCIA: AGOSTO/2024

SALDO ANTERIOR: R\$ 0,00
DATA DO RECEBIMENTO DO RECURSO: 09/08/2024 R\$ 8.000,00
RENDIMENTO DE APLICAÇÃO FINANCEIRA R\$ 0,00
TOTAL DA RECEITA R\$ 8.000,00

O signatário, na qualidade de representante da entidade acima citada, vem indicar na forma abaixo detalhada, a documentação comprovadora da aplicação dos recursos recebidos da Prefeitura Municipal de Mirassol, na importância de R\$8.000,00, para cobrir despesas de custeio.

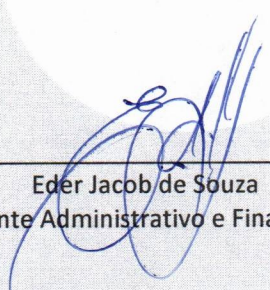
| DATA | N.F. | RAZÃO SOCIAL | NAT. DESPESA | VALOR |
|---------------------------|--------|--|--------------|---------------------|
| 16/08/2024 | RECIBO | PAGTO DE FÉRIAS DO MATHEUS ALEXANDRE G.BRITO | PESSOAL | R\$ 3.379,26 |
| 16/08/2024 | RECIBO | PAGTO DE RESSISÃO DA MARA FERNANDA FIGUEIRA P. | PESSOAL | R\$ 3.065,11 |
| TOTAL DAS DESPESAS | | | | R\$ 6.444,37 |

Natureza das Despesas (Resumo)

| | |
|--|---------------------|
| Despesas com Pessoal e Encargos | R\$ 6.444,37 |
| Material de Consumo | R\$ 0,00 |
| Serviços Terceiros | R\$ 0,00 |
| TOTAL DAS DESPESAS | R\$ 6.444,37 |

| | |
|---|---------------------|
| Nº de documentos relacionados | 2 |
| Saldo Aplicado | R\$ 0,00 |
| Saldo autorizado para mês seguinte | R\$ 1.555,63 |
| Valor a ser devolvido à Prefeitura Municipal | R\$ 0,00 |
| Valor custeado com recurso próprio da Entidade | R\$ 0,00 |

Declaramos, na qualidade de responsáveis pela ARCD - Associação de Reabilitação da Criança Deficiente, sob as penas da Lei, que a documentação acima relacionada comprova a exata aplicação dos recursos recebidos para os fins indicados.



Eder Jacob de Souza
Gerente Administrativo e Financeiro

ASSOCIAÇÃO DE REABILITAÇÃO DA CRIANÇA DEFICIENTE

Relatório Mensal de Atendimentos - Mirassol



Razão Social: ARCD – ASSOCIAÇÃO DE REABILITAÇÃO DA CRIANÇA DEFICIENTE
CNPJ: 10.381.764/0001-28
Endereço: Avenida da Luz, 2.525, Jd. Maracanã – CEP 15092-150
Responsável Legal: LÍCIA SOARES FERNANDES NAGAO
CPF: 355.719.878-20
Cargo: PRESIDENTE VOLUNTARIA
Email institucional: contato@arcd.org.br
Email pessoal: licia.nagao@arcd.org.br
Telefone: 17- 3201.1510

Período

01/08/2024 a 31/08/2024

| Atendimento | Nome | Data Nasc. | Especialidade | Endereço | Qtd | Presença |
|---------------------|--|------------|---------------------|---|-----|----------|
| 1 01/08/2024 11:40 | 5062 - RAUL CARLOS SEVERINO | 05/04/1967 | Fisioterapia | RUA OSMAR SILVA JUNIOR, 358 - RESIDENCIAL PARQUE DAS FLORES | 1 | Não |
| 2 01/08/2024 14:45 | 5062 - RAUL CARLOS SEVERINO | 05/04/1967 | Hidroterapia | RUA OSMAR SILVA JUNIOR, 358 - RESIDENCIAL PARQUE DAS FLORES | 1 | Não |
| 3 05/08/2024 07:40 | 5278 - MAYA CECILIA DA ROCHA BRONZELLI | 08/07/2022 | Terapia Ocupacional | RUA ODÉRCIO DE SOUZA, 111 - RECANTO DO BEIJA FLOR | 1 | Sim |
| 4 05/08/2024 08:20 | 5278 - MAYA CECILIA DA ROCHA BRONZELLI | 08/07/2022 | Fonoaudiologia | RUA ODÉRCIO DE SOUZA, 111 - RECANTO DO BEIJA FLOR | 1 | Sim |
| 5 05/08/2024 09:00 | 5278 - MAYA CECILIA DA ROCHA BRONZELLI | 08/07/2022 | Hidroterapia | RUA ODÉRCIO DE SOUZA, 111 - RECANTO DO BEIJA FLOR | 1 | Sim |
| 6 05/08/2024 11:35 | 5513 - JULIANA APARECIDA GOMES | 06/11/1984 | Hidroterapia | RUA ORESTE BRIENZE, 24024 - PARQUE RESIDENCIAL CELINA DALUL | 1 | Sim |
| 7 05/08/2024 12:20 | 5513 - JULIANA APARECIDA GOMES | 06/11/1984 | Fisioterapia | RUA ORESTE BRIENZE, 24024 - PARQUE RESIDENCIAL CELINA DALUL | 1 | Sim |
| 8 05/08/2024 14:20 | 4982 - LANA BEATRIZ DE SOUSA SILVA | 18/05/2022 | Retorno | RUA DAS CAMELIAS, 0448 - VALE DO SOL | 1 | Sim |
| 9 06/08/2024 07:40 | 2495 - LUCAS SABION HELENA | 10/10/2016 | Orientação | R. JOÃO CAETANO MENDONÇA DE ALMEIDA, 2005 - JARDIM SÃO JOSE | 1 | Sim |
| 10 06/08/2024 12:20 | 2965 - EDSON ROBERTO SERAFIM | 23/02/1963 | Retorno | R. NESTOR DO AMARAL, 3744 - REGISSOL | 1 | Sim |
| 11 06/08/2024 13:40 | 5062 - RAUL CARLOS SEVERINO | 05/04/1967 | Psicologia Paciente | RUA OSMAR SILVA JUNIOR, 358 - RESIDENCIAL PARQUE DAS FLORES | 1 | Não |
| 12 06/08/2024 14:30 | 5062 - RAUL CARLOS SEVERINO | 05/04/1967 | Fisioterapia | RUA OSMAR SILVA JUNIOR, 358 - RESIDENCIAL PARQUE DAS FLORES | 1 | Não |
| 13 07/08/2024 10:30 | 5278 - MAYA CECILIA DA ROCHA BRONZELLI | 08/07/2022 | Fisioterapia | RUA ODÉRCIO DE SOUZA, 111 - RECANTO DO BEIJA FLOR | 1 | Sim |
| 14 07/08/2024 11:30 | 2495 - LUCAS SABION HELENA | 10/10/2016 | Retorno | R. JOÃO CAETANO MENDONÇA DE ALMEIDA, 2005 - JARDIM SÃO JOSE | 1 | Sim |
| 15 08/08/2024 12:45 | 5062 - RAUL CARLOS SEVERINO | 05/04/1967 | Serviço Social | RUA OSMAR SILVA JUNIOR, 358 - RESIDENCIAL PARQUE DAS FLORES | 1 | Sim |
| 16 12/08/2024 07:40 | 5278 - MAYA CECILIA DA ROCHA BRONZELLI | 08/07/2022 | Terapia Ocupacional | RUA ODÉRCIO DE SOUZA, 111 - RECANTO DO BEIJA FLOR | 1 | Sim |
| 17 12/08/2024 08:20 | 5278 - MAYA CECILIA DA ROCHA BRONZELLI | 08/07/2022 | Fonoaudiologia | RUA ODÉRCIO DE SOUZA, 111 - RECANTO DO BEIJA FLOR | 1 | Sim |
| 18 12/08/2024 09:00 | 5278 - MAYA CECILIA DA ROCHA BRONZELLI | 08/07/2022 | Hidroterapia | RUA ODÉRCIO DE SOUZA, 111 - RECANTO DO BEIJA FLOR | 1 | Sim |
| 19 12/08/2024 11:20 | 5513 - JULIANA APARECIDA GOMES | 06/11/1984 | Serviço Social | RUA ORESTE BRIENZE, 24024 - PARQUE RESIDENCIAL CELINA DALUL | 1 | Sim |
| 20 12/08/2024 11:35 | 5513 - JULIANA APARECIDA GOMES | 06/11/1984 | Hidroterapia | RUA ORESTE BRIENZE, 24024 - PARQUE RESIDENCIAL CELINA DALUL | 1 | Sim |
| 21 12/08/2024 12:20 | 5513 - JULIANA APARECIDA GOMES | 06/11/1984 | Fisioterapia | RUA ORESTE BRIENZE, 24024 - PARQUE RESIDENCIAL CELINA DALUL | 1 | Sim |
| 22 14/08/2024 10:30 | 5278 - MAYA CECILIA DA ROCHA BRONZELLI | 08/07/2022 | Fisioterapia | RUA ODÉRCIO DE SOUZA, 111 - RECANTO DO BEIJA FLOR | 1 | Sim |
| 23 19/08/2024 07:40 | 5278 - MAYA CECILIA DA ROCHA BRONZELLI | 08/07/2022 | Terapia Ocupacional | RUA ODÉRCIO DE SOUZA, 111 - RECANTO DO BEIJA FLOR | 1 | Sim |
| 24 19/08/2024 08:20 | 5278 - MAYA CECILIA DA ROCHA BRONZELLI | 08/07/2022 | Fonoaudiologia | RUA ODÉRCIO DE SOUZA, 111 - RECANTO DO BEIJA FLOR | 1 | Sim |
| 25 19/08/2024 09:00 | 5278 - MAYA CECILIA DA ROCHA BRONZELLI | 08/07/2022 | Hidroterapia | RUA ODÉRCIO DE SOUZA, 111 - RECANTO DO BEIJA FLOR | 1 | Sim |
| 26 19/08/2024 11:35 | 5513 - JULIANA APARECIDA GOMES | 06/11/1984 | Hidroterapia | RUA ORESTE BRIENZE, 24024 - PARQUE RESIDENCIAL CELINA DALUL | 1 | Não |
| 27 19/08/2024 12:20 | 5513 - JULIANA APARECIDA GOMES | 06/11/1984 | Fisioterapia | RUA ORESTE BRIENZE, 24024 - PARQUE RESIDENCIAL CELINA DALUL | 1 | Não |
| 28 19/08/2024 12:50 | 5513 - JULIANA APARECIDA GOMES | 06/11/1984 | Serviço Social | RUA ORESTE BRIENZE, 24024 - PARQUE RESIDENCIAL CELINA DALUL | 1 | Sim |
| 29 19/08/2024 13:00 | 5513 - JULIANA APARECIDA GOMES | 06/11/1984 | Consulta Inicial | RUA ORESTE BRIENZE, 24024 - PARQUE RESIDENCIAL CELINA DALUL | 1 | Sim |
| 30 20/08/2024 12:20 | 4467 - VALDECY GOMES | 02/12/1948 | Retorno | SALOMAO FRANCISCO MARTINS, 3738 - REGISSOL | 1 | Sim |
| 31 20/08/2024 14:50 | 1215 - SALIN RIBEIRO PARDAVIL | 03/02/1987 | Retorno | DOS GOTARDI, 1542 - SANTA RITA | 1 | Sim |
| 32 20/08/2024 16:40 | 5513 - JULIANA APARECIDA GOMES | 06/11/1984 | Retorno | RUA ORESTE BRIENZE, 24024 - PARQUE RESIDENCIAL CELINA DALUL | 1 | Sim |
| 33 21/08/2024 10:30 | 5278 - MAYA CECILIA DA ROCHA BRONZELLI | 08/07/2022 | Fisioterapia | RUA ODÉRCIO DE SOUZA, 111 - RECANTO DO BEIJA FLOR | 1 | Sim |
| 34 26/08/2024 07:40 | 5278 - MAYA CECILIA DA ROCHA BRONZELLI | 08/07/2022 | Terapia Ocupacional | RUA ODÉRCIO DE SOUZA, 111 - RECANTO DO BEIJA FLOR | 1 | Não |
| 35 26/08/2024 08:20 | 5278 - MAYA CECILIA DA ROCHA BRONZELLI | 08/07/2022 | Fonoaudiologia | RUA ODÉRCIO DE SOUZA, 111 - RECANTO DO BEIJA FLOR | 1 | Não |
| 36 26/08/2024 09:00 | 5278 - MAYA CECILIA DA ROCHA BRONZELLI | 08/07/2022 | Hidroterapia | RUA ODÉRCIO DE SOUZA, 111 - RECANTO DO BEIJA FLOR | 1 | Não |

Relatório Mensal de Atendimentos - Mirassol



Razão Social: ARCD – ASSOCIAÇÃO DE REABILITAÇÃO DA CRIANÇA DEFICIENTE
CNPJ: 10.381.764/0001-28
Endereço: Avenida da Luz, 2.525, Jd. Maracanã – CEP 15092-150
Responsável Legal: LÍCIA SOARES FERNANDES NAGAO
CPF: 355.719.878-20
Cargo: PRESIDENTE VOLUNTARIA
Email institucional: contato@arcd.org.br
Email pessoal: licia.nagao@arcd.org.br
Telefone: 17- 3201.1510

Período

01/08/2024 a 31/08/2024

| Atendimento | Nome | Data Nasc. | Especialidade | Endereço | Qty | Presença |
|-------------|---|------------|----------------|---|-----|----------|
| 37 | 26/08/2024 10:20 5278 - MAYA CECILIA DA ROCHA BRONZELLI | 08/07/2022 | Pedagogia | RECANTO DO BEIJA FLOR RUA ODÉRCIO DE SOUZA, 111 - RECANTO DO BEIJA FLOR | 1 | Não |
| 38 | 26/08/2024 11:35 5513 - JULIANA APARECIDA GOMES | 06/11/1984 | Hidroterapia | RUA ORESTE BRIENZE, 24024 - PARQUE 1 RESIDENCIAL CELINA DALUL | 1 | Sim |
| 39 | 26/08/2024 12:20 5513 - JULIANA APARECIDA GOMES | 06/11/1984 | Fisioterapia | RUA ORESTE BRIENZE, 24024 - PARQUE 1 RESIDENCIAL CELINA DALUL | 1 | Sim |
| 40 | 26/08/2024 13:00 5513 - JULIANA APARECIDA GOMES | 06/11/1984 | Serviço Social | RUA ORESTE BRIENZE, 24024 - PARQUE 1 RESIDENCIAL CELINA DALUL | 1 | Sim |
| 41 | 28/08/2024 10:30 5278 - MAYA CECILIA DA ROCHA BRONZELLI | 08/07/2022 | Fisioterapia | RUA ODÉRCIO DE SOUZA, 111 - RECANTO DO BEIJA FLOR | 1 | Sim |

Total de Atendimentos do Período: 41

Eder Jacob de Souza
Gerente Administrativo e Financeiro



Extrato por período

Cliente: ARCD A A CRIANCA DEFICIENTE SJRP

Conta: 0631 | 003 | 00002299-9

Data: 06/09/2024 - 11:35

Mês: Agosto/2024

Período: 1 - 31

Extrato

| Data Mov. | Nr. Doc. | Histórico | Valor | Saldo |
|------------|----------|----------------|------------|------------|
| | 000000 | SALDO ANTERIOR | 0,00 | 0,00 |
| 01/08/2024 | 000000 | SALDO DIA | | 0,00 C |
| 02/08/2024 | 000000 | SALDO DIA | | 0,00 C |
| 05/08/2024 | 000000 | SALDO DIA | | 0,00 C |
| 06/08/2024 | 000000 | SALDO DIA | | 0,00 C |
| 07/08/2024 | 000000 | SALDO DIA | | 0,00 C |
| 08/08/2024 | 000000 | SALDO DIA | | 0,00 C |
| 09/08/2024 | 000001 | CRED TED | 8.000,00 C | 8.000,00 C |
| 09/08/2024 | 000000 | SALDO DIA | | 8.000,00 C |
| 12/08/2024 | 000000 | SALDO DIA | | 8.000,00 C |
| 13/08/2024 | 000000 | SALDO DIA | | 8.000,00 C |
| 14/08/2024 | 000000 | SALDO DIA | | 8.000,00 C |
| 15/08/2024 | 000000 | SALDO DIA | | 8.000,00 C |
| 16/08/2024 | 160754 | ENVIO PIX | 3.065,11 D | 4.934,89 C |
| 16/08/2024 | 160755 | ENVIO PIX | 3.379,26 D | 1.555,63 C |
| 16/08/2024 | 000000 | SALDO DIA | | 1.555,63 C |
| 19/08/2024 | 000000 | SALDO DIA | | 1.555,63 C |
| 20/08/2024 | 000000 | SALDO DIA | | 1.555,63 C |
| 21/08/2024 | 000000 | SALDO DIA | | 1.555,63 C |
| 22/08/2024 | 000000 | SALDO DIA | | 1.555,63 C |
| 23/08/2024 | 000000 | SALDO DIA | | 1.555,63 C |
| 26/08/2024 | 000000 | SALDO DIA | | 1.555,63 C |
| 27/08/2024 | 000000 | SALDO DIA | | 1.555,63 C |
| 28/08/2024 | 000000 | SALDO DIA | | 1.555,63 C |
| 29/08/2024 | 000000 | SALDO DIA | | 1.555,63 C |
| 30/08/2024 | 000000 | SALDO DIA | | 1.555,63 C |

| |
|---------------------------------------|
| TERMO DE: <u>Camênis 435/2023</u> |
| TERMO ADITIVO Nº: _____ |
| PREFEITURA MUNICIPAL DE: <u>Minas</u> |
| EXERCÍCIO DE: <u>2024</u> |

SAC CAIXA: 0800 726 0101
 Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
 Ouvidoria: 0800 725 7474
 Alô CAIXA: 0800 104 0104

20/08/2024

GERENCIADOR
CAIXA



Comprovante de Transação Pix

Via Gerenciador CAIXA

CONTABILIZADO

Detalhes do pagamento

ID da transação: E00360305202408161050688ad8f97e1
Situação: EFETIVADA **Data e Hora:** 16/08/2024 às 07:55:13
Valor Original: R\$ 3.379,26 **Valor Atualizado:** R\$ 3.379,26
Detalhes: PAGTO FERIAS

Origem

Nome: ARCD A A CRIANCA DEFICIENTE SJRP
CNPJ: 10381764000128
Instituição: CAIXA ECONOMICA FEDERAL

Destino

Nome: MATHEUS ALEXANDRE GOMES BRITO DOS SANTOS
CPF: XXX.318.648-XX
Instituição: CAIXA ECONOMICA FEDERAL

Código da operação: 34378157673
Chave de segurança: 44GKG72AJ9V3LP3W

Caso tenha dúvidas ou não reconheça esta transação, entre em contato com o Alô CAIXA e informe o ID Transação presente neste comprovante.

Alô CAIXA: 0800 104 0104 (Capitais e Regiões Metropolitanas: 4004-0104)
SAC CAIXA: 0800 726 0101
Ouvidoria: 0800 725 7474
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

**TERMO DE CONVÊNIO
435/2023
PREFEITURA MUNICIPAL DE
MIRASSOL
EXERCÍCIO 2024**

AVISO DE FÉRIAS

SAO JOSE DO RIO PRETO, 19 de Julho de 2024

Sr.: MATHEUS ALEXANDRE GOMES BRITO DOS ANJOS
C.T.P.S.: 0047082 Serie: 0030


Nos termos das disposições legais vigentes, suas férias serão concedidas conforme o demonstrativo abaixo:

Período Aquisitivo.....: 18/12/2022 - 17/12/2023
Período de Gozo.....: 19/08/2024 - 07/09/2024

Retorno ao trabalho.....: 08/09/2024

A remuneração correspondente às férias, e se for o caso, ao abono pecuniário e ao adiantamento da gratificação de natal encontra-se no caixa e poderá ser recebida em 16/08/2024.

Favor apresentar a sua Carteira de Trabalho e Previdência Social ao Departamento de Pessoal para as anotações necessárias.


ARCD ASSOC REABIL CRIANCA DEFICIENTE


MATHEUS ALEXANDRE GOMES BRITO DOS ANJOS

| | |
|--------------------------|----------------------|
| TERMO DE: | Compensação 435/2023 |
| TERMO ADITIVO Nº: | - |
| PREFEITURA MUNICIPAL DE: | Mirassol |
| ANO: | 2024 |

| | |
|--------------------------|--|
| TERMO DE: | |
| PREFEITURA MUNICIPAL DE: | |
| TERMO ADITIVO Nº: | |
| ANO: | |

AVISO E RECIBO DE FÉRIAS

AVISO PRÉVIO DE FÉRIAS

NOTIFICAÇÃO

Nome do empregado

MATHEUS ALEXANDRE GOMES BRITO DOS ANJOS

Número Carteira Profissional

0047082

Série

0030

PERÍODOS

De Aquisição

18/12/2022 A 17/12/2023

De Gozo das Férias

19/08/2024 A 07/09/2024 = 20 Dias

De Abono

BASE PARA CÁLCULO

Faltas não justificadas: 00
Salário Base: 3.569,55
Média Horas: 0,00
Média Valores: 0,00
Outras Vantagens: 856,69
TOTAL BASE CALCULO: 4.426,24

PROVENTOS E DESCONTOS

Férias: 2.888,95 P
1/3 das Férias: 962,99 P
Abono de Férias: 0,00
1/3 do Abono de Férias: 0,00
Adicional do Dobro das Férias: 0,00
1/3 do Dobro das Férias: 0,00
Salário Família: 0,00
1ª Parcela 13º Salário: 0,00
Desconto da Previdência: 361,05 D
Desconto do imposto de Renda: 111,63 D
TOTAL DOS PROVENTOS: 3.851,94 P
TOTAL DOS DESCONTOS: 472,68 D
TOTAL LIQUIDO: 3.379,26 P

Pelo presente comunicamos-lhe que, de acordo com a Lei, ser-lhe-ão concedidas férias relativas ao período acima descrito e a sua disposição fica a importância líquida de R\$ 3.379,26 (três mil trezentos e setenta e nove reais e vinte e seis centavos) a ser paga adiantadamente.

CIENTE,

Data: 19/07/2024

MATHEUS ALEXANDRE GOMES BRITO DOS ANJOS

ARCD ASSOC REABIL CRIANCA DEFICIENTE

RECIBO DE FÉRIAS

Recebi da firma ARCD ASSOC REABIL CRIANCA DEFICIENTE, estabelecida a AVENIDA DA LUZ, 2525 em SAO JOSE DO RIO PRETO a importância de R\$ 3.379,26 (três mil trezentos e setenta e nove reais e vinte e seis centavos) que me é paga adiantadamente por motivo das minhas férias regulares, ora concedidas e que vou gozar de acordo com a descrição acima, tudo conforme o aviso que recebi em tempo, ao qual dei meu ciente. Para clareza e documento firmo o presente recibo dando plena e geral quitação.

Data: 16/08/2024

SAO JOSE DO RIO PRETO

MATHEUS ALEXANDRE GOMES BRITO DOS ANJOS

| |
|--|
| TERMO DE: <u>Comunicação 435/2023</u> |
| TERMO ADITIVO Nº: <u>-</u> |
| PREFEITURA MUNICIPAL DE: <u>Miraflores</u> |
| ANO DE: <u>2024</u> |

20/08/2024

GERENCIADOR
CAIXA



CONTABILIZADO

Comprovante de Transação Pix

Via Gerenciador CAIXA

Detalhes do pagamento

ID da transação: E0036030520240816104474139fe8c79
Situação: EFETIVADA **Data e Hora:** 16/08/2024 às 07:54:57
Valor Original: R\$ 3.065,11 **Valor Atualizado:** R\$ 3.065,11
Detalhes: PAGTO RECISAO

Origem

Nome: ARCD A A CRIANCA DEFICIENTE SJRP
CNPJ: 10381764000128
Instituição: CAIXA ECONOMICA FEDERAL

Destino

Nome: MARA FERNANDA FIGUEIRA PITA
CPF: XXX.242.156-XX
Instituição: CAIXA ECONOMICA FEDERAL
Chave Pix: marafernandapita@yahoo.com.br

Código da operação: 34378155934
Chave de segurança: 44GKG72AJ9V3LP3W

Caso tenha dúvidas ou não reconheça esta transação, entre em contato com o Alô CAIXA e informe o ID Transação presente neste comprovante.

Alô CAIXA: 0800 104 0104 (Capitais e Regiões Metropolitanas: 4004-0104)
SAC CAIXA: 0800 726 0101
Ouvidoria: 0800 725 7474
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

**TERMO DE CONVÊNIO
435/2023
PREFEITURA MUNICIPAL DE
MIRASSOL
EXERCÍCIO 2024**

REGISTRO DE EMPREGADO

Autenticar

Matrícula e Social
2089

Nº
2089

Empregador
ARCD ASSOC REABIL CRIANCA DEFICIENTE

CNPJ
10.381.764/0001-28

Endereço
AVENIDA DA LUZ, 2525, JARDIM MARACANA, SAO JOSE DO RIO PRETO, SP,

Empregado
MARA FERNANDA FIGUEIRA PITA

Beneficiários
JULIA FIGUEIRA PEREIRA

Residência
Rua GILBERTO LOPES DA SILVA, 55, 101 C, JARDIM WALKIRIA, SAO JOSE DO RIO PRETO, SP, - CEP: 15085-390

| | | | | | | | |
|-------------------------------------|--|------------------------------------|--|---|--|----------------------------------|--|
| Data de nascimento 15/12/1986 | | Local do nascimento PRATA - MG | | País da nacionalidade BRASIL | | Estado civil Casado | |
| FILIAÇÃO | | Pai CLAUDINEY PITA DE SOUZA | | | | | |
| | | Mãe ALBA CRISTINA FIGUEIRA PITA | | | | | |
| Cédula de Identidade MG-13605892 | | Data de emissão 18/06/2001 | | Órgão/UF emissor SSP/MG | | Título Eleitoral 170804100213 | |
| Zona 229 | | Seção 0011 | | Inscr. Órgão de Classe | | | |
| CTPS 5676 | | Série 0144 | | Data de expedição da CTPS 13/04/2004 | | UF CTPS MG | |
| CPF 081.242.156-69 | | Cart. Nac. Habilitação | | Categoria | | | |
| Doc. militar | | Categoria | | Cor Branca | | Sexo Feminino | |
| | | | | Grau de instrução Superior Completo | | | |
| Deficiência Não | | Telefone Residencial 1732011510 | | Telefone Celular 17981897916 | | | |
| Cargo PSICOLOGO (A) | | Função | | C.B.O. 251510 | | | |

| | | | | |
|--------------------------------|-------------------------|------------|---|----------------------|
| Data de Admissão 21/09/2020 | Salário R\$ 1.867,85 | Por Mês | Horário de Trabalho das 07:00 as 11:00 | Horário de Intervalo |
|--------------------------------|-------------------------|------------|---|----------------------|

| | | | |
|------|------------------------|--------------------------|---------------------|
| FGTS | Opção em 21/09/2020 | Conta vinculada no banco | Data da Retificação |
|------|------------------------|--------------------------|---------------------|

PROGRAMA DE INTEGRAÇÃO SOCIAL - PIS

| | | |
|---------------|--------------------------|--------------------|
| Cadastrado em | Sob nº 130.80573.98-5 | Domicílio bancário |
| Nº banco | Agência código | End. da agência |

ALTERAÇÕES DE SALÁRIO, CARGO E/OU FUNÇÃO

| | |
|---|--|
| Em 01/04/2021 R\$ 1.899,04 por mês retroativo a competência 02/2021 | |
| Em 01/03/2022 R\$ 2.088,94 por mês retroativo a competência 02/2022 | |
| Em 01/03/2023 R\$ 2.235,17 por mês retroativo a competência 02/2023 | |
| Em 01/03/2024 R\$ 2.346,93 por mês retroativo a competência 02/2024 | |

| FÉRIAS - PERÍODO AQUISITIVO | FÉRIAS - PERÍODO DE GOZO | FÉRIAS - PERÍODO ABONO PECUNIÁRIO | Obs.: (Anotar advertências, suspensões, transferências, etc.) |
|-----------------------------|----------------------------|-----------------------------------|---|
| De 21/09/2020 a 20/09/2021 | De 27/10/2021 a 05/11/2021 | | |
| De 21/09/2020 a 20/09/2021 | De 20/12/2021 a 08/01/2022 | | |
| De 21/09/2021 a 20/09/2022 | De 24/10/2022 a 02/11/2022 | | |
| De 21/09/2021 a 20/09/2022 | De 19/12/2022 a 07/01/2023 | | |
| De 21/09/2022 a 20/09/2023 | De 01/04/2024 a 15/04/2024 | | |
| De 21/09/2022 a 20/09/2023 | De 10/07/2024 a 24/07/2024 | | |
| De 21/09/2023 a 09/08/2024 | Paga na rescisão | | |

| ACIDENTES DE TRABALHO, DOENÇAS OU DOENÇAS PROFISSIONAIS | RESCISÃO DE CONTRATO DE TRABALHO |
|---|---|
| | Data da saída: 09/08/2024 |
| | Data aviso ind.: Data projeção: |
| | Tipo do desligamento: Pedido de demissão SEM justa causa |

| CONTRIBUIÇÃO SINDICAL |
|-----------------------|
| |

 MARA FERNANDA FIGUEIRA PITA

OBSERVAÇÕES

TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR

| | | |
|--|--|------------------------------|
| 01 CNPJ/CEI 10.381.764/0001-28 | 02 Razão Social/Nome ARCD ASSOC REABIL CRIANCA DEFICIENTE | 04 Bairro JARDIM MARACANA |
| 03 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) AVENIDA DA LUZ, 2525 | | 09 CNPJ/CEI Tomador/Obra |
| 05 Município SAO JOSE DO RIO PRETO | 06 UF SP | 07 CEP 15.092-150 |
| | | 08 CNAE 8711-5/03 |

IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR

| | | | |
|---|---|----------------------|---|
| 10 PIS/PASEP 130.80573.98-5 | 11 Nome MARA FERNANDA FIGUEIRA PITA | | 13 Bairro JARDIM WALKIRIA |
| 12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) Rua GILBERTO LOPES DA SILVA, 55 - 101 C | | | 18 CPF 081.242.156-69 |
| 14 Município SAO JOSE DO RIO PRETO | 15 UF SP | 16 CEP 15.085-390 | 17 CTPS (nº, série, UF) 5676 - 0144 / MG |
| 19 Data de Nascimento 15/12/1986 | 20 Nome da Mãe ALBA CRISTINA FIGUEIRA PITA | | |

DADOS DO CONTRATO

| | | | | |
|--|---|---------------------------------------|---|----------------------------|
| 21 Tipo de Contrato 1. Contrato de trabalho por prazo indeterminado | | | | |
| 22 Causa do Afastamento Rescisão contratual a pedido do empregado | | | | |
| 23 Remuneração Mês Ant. 2.779,98 | 24 Data de Admissão 21/09/2020 | 25 Data do Aviso Prévio 05/08/2024 | 26 Data de Afastamento 09/08/2024 | 27 Cod. Afastamento SJ1 |
| 28 Pensão Alim. (%) TRCT 0,00 | 29 Pensão Alim. (%) FGTS 0,00 | | 30 Categoria do Trabalhador 01 - Empregado | |
| 31 Código Sindical | 32 CNPJ e Nome da Entidade Sindical Laboral | | | |

DISCRIMINAÇÃO DAS VERBAS RESCISÓRIAS

VERBAS RESCISÓRIAS

| Rubrica | Valor | Rubrica | Valor | Rubrica | Valor |
|--|--------------|--|--------------|---|---------------------|
| 50 Saldo de 9/dias Salário (líquido de 0/faltas e DSR) | R\$ 681,37 | 51 Comissões | R\$ 0,00 | 52 Gratificação | R\$ 0,00 |
| 53 Adic. de Insalubridade ___% | R\$ 0,00 | 54 Adic. de Periculosidade ___% | R\$ 0,00 | 55 Adic. Noturno ___ horas ___% | R\$ 0,00 |
| 56.1 Horas Extras ___ horas a ___% | R\$ 0,00 | 57 Gorjetas | R\$ 0,00 | 58 Descanso Semanal Remunerado (DSR) | R\$ 0,00 |
| 59 Reflexo do DSR sobre Salário Variável | R\$ 10,59 | 60 Multa Art. 477 § 8º/CLT | R\$ 0,00 | 61 Multa Art. 479/CLT | R\$ 0,00 |
| 62 Salário-Família | R\$ 0,00 | 63 13º Salário Proporcional 7/12 avos | R\$ 1.396,42 | 64.1 13º Salário-Exerc. ___ - ___/12 avos | R\$ 0,00 |
| 65 Férias Proporc 11/12 avos | R\$ 2.194,38 | 66.1 Férias Venc. Per. Aquis. // a // | R\$ 0,00 | 68 Terço Constituc. de Férias | R\$ 731,46 |
| 69 - Aviso-Prévio Indenizado ___/dias | R\$ 0,00 | 70 13º Salário (Aviso Prévio Indenizado) | R\$ 0,00 | 71 Férias (Aviso-Prévio Indenizado) | R\$ 0,00 |
| 77 Adicional Tempo Serviço | R\$ 13,63 | 95 Outras Verbas (ACERTO BANCO 50%) | R\$ 84,74 | | |
| | | 99 Ajuste de Saldo Devedor | R\$ 0,00 | TOTAL BRUTO | R\$ 5.112,59 |

DEDUÇÕES

| Desconto | Valor | Desconto | Valor | Desconto | Valor |
|-------------------------------------|--------------|------------------------------|-----------|--|---------------------|
| 100 Pensão Alimentícia | R\$ 0,00 | 101 Adiantamento Salarial | R\$ 0,00 | 102 Adiantamento 13º Salário | R\$ 0,00 |
| 103 Aviso-Prévio Indenizado 22/dias | R\$ 1.721,08 | 112.1 Previdência Social | R\$ 59,27 | 112.2 Prev. Social - 13º Salário | R\$ 104,73 |
| 114.1 IRRF | R\$ 0,00 | 114.2 IRRF sobre 13º Salário | R\$ 0,00 | 115.1 Outros Descontos (ASSIST MEDICA TITULAR) | R\$ 162,40 |
| | | | | TOTAL DEDUÇÕES | R\$ 2.047,48 |
| | | | | VALOR LÍQUIDO | R\$ 3.065,11 |

TERMO DE HOMOLOGAÇÃO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO**EMPREGADOR**

| | |
|-----------------------------------|--|
| 01 CNPJ/CEI 10.381.764/0001-28 | 02 Razão Social/Nome ARCD ASSOC REABIL CRIANCA DEFICIENTE |
|-----------------------------------|--|

TRABALHADOR

| | | | |
|---|--------------------------|--|---|
| 10 PIS/PASEP 130.80573.98-5 | | 11 Nome MARA FERNANDA FIGUEIRA PITA | |
| 17 CTPS (nº, série, UF) 5676 - 0144 / MG | 18 CPF 081.242.156-69 | 19 Data de Nascimento 15/12/1986 | 20 Nome da Mãe ALBA CRISTINA FIGUEIRA PITA |

CONTRATO

22 Causa do Afastamento
Rescisão contratual a pedido do empregado

| | | | | |
|-----------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|----------------------------|----------------------------------|
| 24 Data de Admissão 21/09/2020 | 25 Data do Aviso Prévio 05/08/2024 | 26 Data de Afastamento 09/08/2024 | 27 Cod. Afastamento SJ1 | 29 Pensão Alim. (%) FGTS 0,00 |
|-----------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|----------------------------|----------------------------------|

30 Categoria do Trabalhador
01 - Empregado

| | |
|---|--|
| 31 Código Sindical 020.144.017.134 - | 32 CNPJ e Nome da Entidade Sindical Laboral 51.859.429/0001-70 SETH S J RIO PRETO E REGIAO - SIND DOS EMPR EM TURISMO E HOSPITALIDADE |
|---|--|

Fica comprovado neste ato o efetivo pagamento das verbas rescisórias especificadas no corpo do TRCT, no valor líquido de R\$ 3.065,11

As partes assistidas no presente ato de rescisão contratual foram identificadas como legítimas conforme previsto na Instrução Normativa/SRT nº 15/2010.

Fica ressalvado o direito de o trabalhador pleitear judicialmente os direitos informados no campo 155, abaixo.

São Paulo, SP, 15 de agosto de 2024.

150 Assinatura do Empregador ou Preposto
ARCD ASSOC REABIL CRIANCA DEFICIENTE
LÍCIA SOARES FERNANDES NAGAO
PRESIDENTE

151 Assinatura do Trabalhador

152 Assinatura do Responsável Legal do Trabalhador

153 Carimbo e Assinatura do Assistente

154 Nome do Órgão Homologador

155 Ressalvas

156 Informações à CAIXA:

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA.

Pode o trabalhador iniciar ação judicial quanto aos créditos resultantes das relações de trabalho até o limite de dois anos após a extinção do contrato de trabalho (Inc. XXIX, Art. 7º da Constituição Federal/1988).



ASO - Atestado de Saúde Ocupacional
MEDCLIN - ARONI & CARVALHO / CNPJ: 10.581.793/0001-33

Rua: Silva Jardim nº3507 - Bairro: Santa Cruz

CEP: 15.014-50 - São José do Rio Preto - SP

Fones: (17) 3364-4867 / 3305-5911 / 9147-8854

e-mail: medclinocupacionalrp@gmail.com / Site: www.medclinriopreto.com.br

EXAME DEMISSIONAL

| | | | |
|--------------|--|-------|--------------------|
| Funcionário: | MARA FERNANDA FIGUEIRA PITA (F) (15/12/86) (37 anos) | CPF: | 081.242.156-69 |
| Cargo: | PSICOLOGO (A) | RG: | MG 13605892 |
| Empregador: | ARCD - ASSOCIACAO DE REABILITACAO DA CRIANCA DEFICIENTE - SJRP | CNPJ: | 10.381.764/0001-28 |

| | | | |
|--------------------------|--|------|--------------|
| Médico emitente: | TAINÃ DE ABREU PEREIRA | CRM: | 217.872 - SP |
| Médico resp. pelo PCMSO: | NATHALIA MARIA DOMINGUES MORGUETA - (17) 3305-5911 | CRM: | 149569 - SP |

| | |
|---|---|
| Descrição dos fatores de riscos: | |
| Ergonômicos Processo de Trabalho com Alternância de Posturas | Acidentes/Mecânicos Outras situações de riscos acidentes mecânicos |

| | |
|--|-------------------------------------|
| Procedimentos: | |
| (0295) Avaliação Clínica Ocupacional (Anamnese e Exame físico) | (0296) Avaliação da acuidade visual |
| 12/08/2024 | 12/08/2024 |

APTO INAPTO

DATA: 12/08/2024

1ª via do ASO para empresa, 2ª via para o trabalhador(a)

Segunda via recebida em: 12/08/2024

Dr. Tainã de Abreu Pereira
Médico
CRM: 217.872

TAINÃ DE ABREU PEREIRA
CRM: 217.872 / SP

MARA FERNANDA FIGUEIRA PITA
CPF: 081.242.156-69

Ela Maria Fernanda Figueira Rita, psicóloga, solicita desligamento da empresa ARCD a partir desta data, por questões pessoais.

^{mf}
09/10/2024

Sos José do Rio Preto

AVISO PRÉVIO DO EMPREGADO

SAO JOSE DO RIO PRETO, 05 de Agosto de 2024.

MARA FERNANDA FIGUEIRA PITA

Prezado(s) Senhor(es),

Por razões particulares, venho comunicar-lhe(s) que decorridos 30 dias contados a partir de 06/08/2024, deixarei, por minha livre e espontânea vontade, o emprego que ocupo nesta empresa desde 21/09/2020 sendo meu último dia de trabalho em 04/09/2024.

Favor das seu ciente na cópia deste.

Nome do empregado: MARA FERNANDA FIGUEIRA PITA


CTPS nº / Série : 5676/0144/MG

'Depto: 'GERAL

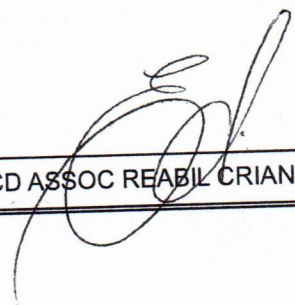
'Seção: '

Atenciosamente,

Ciente em 06 / 08 / 2024


MARA FERNANDA FIGUEIRA PITA

Responsável Legal (quando menor)


ARCD ASSOC REABIL CRIANCA DEFICIENTE