

céu Cartão de Ponto

Nº ORDEM FUNCIONÁRIO MÊS/ANO
Silvana *06/2020*

H. NORMAIS H. EXTRAS
 FALTAS H. NOTURNAS
 DSR VISTO

OBSERVAÇÃO

2ª Quinzena

Dia	ENT	SAI	ENT	SAI	ENT	SAI	Total
16	07:35	07:00	07:20				
17				07:52			
18	07:37	07:03	07:08				
19				07:52			
20	07:38	07:03	07:20				
21				07:00			
22	07:35	07:02	07:20				
23				07:51			
24	07:35	07:03	07:15				
25				07:54			
26	07:34	07:02	07:21				
27				07:56			
28	07:47	07:02	22:05				
29				07:57			
30	07:50	07:04	07:16				
31							

Reconheço a exatidão destes registros.
Carla Maria de Jesus Costa Oliveira
 Assinatura do Funcionário

céu Cartão de Ponto

Nº ORDEM FUNCIONÁRIO MÊS/ANO
Silvana de Jesus *06/2020*

LOCAL TRAB. *lar Efata* Nº REGISTRO
 Nº CTPS CARGO *Aux. Cidadã*
 HOR. SAÍD. ENTRADA INTERVALO REF SAÍDA REP. SEMAN
19:00 *1h* *07:00*

EMPREGADOR / CNPJ
03.658.925/0001-12

OBSERVAÇÃO

1ª Quinzena

Dia	ENT	SAI	ENT	SAI	ENT	SAI	Total
1							
2	07:41	07:07	07:13				
3				07:54			
4	07:49	07:02	07:20				
5				07:54			
6	07:47	07:03	07:26				
7				07:50			
8	07:48	07:12	07:26				
9				07:59			
10	07:51	07:02	07:16				
11				07:52			
12	07:44	07:00	07:22				
13				07:53			
14	07:45	07:18	07:32				
15				07:53			





Comprovante de transferência entre contas da CAIXA - TEV

Via Internet Banking CAIXA

Emitente:	ASSOCIACAO BENEFICENTE EFATA
Conta origem:	1529 / 003 / 00000565-0
Conta destino:	3814 / 013 / 00035621-8

Nome destinatário:	SILVANA DE J S OLIVEIRA
Valor:	R\$ 969,00
Identificação da operação:	EFATA PGTO SALARIO

Data de débito:	02/06/2020
Data/hora da operação:	02/06/2020 14:19:11

Código da operação:	20629115
Chave de segurança:	U9QSG607NYX53FC8

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

00009 ASSOCIACAO BENEFICENTE EFATA		Demonstrativo de Pagamento de Salário			
R BENZOL, 454					
01/05/2020 a 31/05/2020		03658925000112			
000099 SILVANA DE JESUS SILVA OLIVEIRA		CPF: 09911434699		auxiliar de cuidadora	
Cód.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
001	Salário Base	095:20	684,78		
037	Adicional Noturno 30%	078:24	362,02		
999	Arredondamento do mes		0,73		
903	INSS Folha			78,53	
			1.047,53	78,53	
Convênio 0010/2017 1º T.A.			Valor Líquido	969,00	
Saldo Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.580,25	1.046,80	7,5019	1.046,80	83,74	589,09
DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE RECIBO					
02 / 06 / 2020		<i>Silvana de Jesus Silva Oliveira</i>			
DATA		ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO			