

**céu<sup>+</sup> Cartão de Ponto**

Nº ORDEM FUNCIONÁRIO MÊS / ANO  
 maria Antônia 04/2020

H. NORMAIS H. EXTRAS

FALTAS H. NOTURNAS

DSR VISTO

OBSERVAÇÃO

**2ª Quinzena**

| Dia | ENT | SAI      | ENT | SAI | ENT | SAI | Total |
|-----|-----|----------|-----|-----|-----|-----|-------|
| 16  |     |          |     |     |     |     |       |
| 17  |     |          |     |     |     |     |       |
| 18  |     |          |     |     |     |     |       |
| 19  |     |          |     |     |     |     |       |
| 20  |     | Home     |     |     |     |     |       |
| 21  |     | Office   |     |     |     |     |       |
| 22  |     | Covid-19 |     |     |     |     |       |
| 23  |     |          |     |     |     |     |       |
| 24  |     |          |     |     |     |     |       |
| 25  |     |          |     |     |     |     |       |
| 26  |     |          |     |     |     |     |       |
| 27  |     |          |     |     |     |     |       |
| 28  |     |          |     |     |     |     |       |
| 29  |     |          |     |     |     |     |       |
| 30  |     |          |     |     |     |     |       |
| 31  |     |          |     |     |     |     |       |

Reconheço a exatidão destes registros.

Assinatura do Funcionario

**céu<sup>+</sup> Cartão de Ponto**

Nº ORDEM FUNCIONÁRIO MÊS / ANO  
 maria Antônia 04/2020

LOCAL TRAB. Nº REGISTRO  
 Lar Epitã

Nº CTPS CARGO  
 Assist. Social

HOR. TRAB. ENTRADA INTERVALO REF SAÍDA REP. SEMAN  
 12:00 18:00

EMPREGADOR / CNPJ

OBSERVAÇÃO

**1ª Quinzena**

| Dia | ENT | SAI      | ENT | SAI | ENT | SAI | Total |
|-----|-----|----------|-----|-----|-----|-----|-------|
| 1   |     |          |     |     |     |     |       |
| 2   |     |          |     |     |     |     |       |
| 3   |     |          |     |     |     |     |       |
| 4   |     |          |     |     |     |     |       |
| 5   |     | Home     |     |     |     |     |       |
| 6   |     | Office   |     |     |     |     |       |
| 7   |     |          |     |     |     |     |       |
| 8   |     | Covid-19 |     |     |     |     |       |
| 9   |     |          |     |     |     |     |       |
| 10  |     |          |     |     |     |     |       |
| 11  |     |          |     |     |     |     |       |
| 12  |     |          |     |     |     |     |       |
| 13  |     |          |     |     |     |     |       |
| 14  |     |          |     |     |     |     |       |
| 15  |     |          |     |     |     |     |       |

Reconheço a exatidão destes registros.

Assinatura do Funcionario





## Comprovante de transferência entre contas da CAIXA - TEV

Via Internet Banking CAIXA

|                                   |                              |
|-----------------------------------|------------------------------|
| <b>Emitente:</b>                  | ASSOCIACAO BENEFICENTE EFATA |
| <b>Conta origem:</b>              | 1529 / 003 / 00000565-0      |
| <b>Conta destino:</b>             | 2837 / 013 / 00008847-0      |
| <b>Nome destinatário:</b>         | MARIA ANTONIA DA C SILVA     |
| <b>Valor:</b>                     | R\$ 2.250,00                 |
| <b>Identificação da operação:</b> | PG EFATA                     |
| <b>Data de débito:</b>            | 06/04/2020                   |
| <b>Data/hora da operação:</b>     | 06/04/2020 10:29:32          |
| <b>Código da operação:</b>        | 67015105                     |
| <b>Chave de segurança:</b>        | UJ7Y6QVA9LZ30YLJ             |

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   |                             |                | 03658925000112                        |                |            |
| 01/03/2020 a 31/03/2020   |                             |                |                                       |                |            |
| 000097 MARIA ANTONIA DA CONCEICAO COSTA SILVA CPF: 62131206615  |                             |                | Assistente social                     |                |            |
| Cód.  | Descrição                   | Referência     | Vencimentos                           | Descontos      |            |
| 001   | Salário Base                | 220:00         | 2.500,00                              |                |            |
| 999   | Arredondamento do mes       |                | 0,53                                  |                |            |
| 610   | Arredondamento mes anterior |                |                                       | 0,83           |            |
| 903   | INSS Folha                  |                |                                       | 221,62         |            |
| 914   | IRRF Folha                  |                |                                       | 28,08          |            |
| <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;"> <p>ATESTO QUE O SERVIÇO<br/>FOI PRESTADO E/OU<br/>MATERIAL FORNECIDO</p> <p><u>06/04/2020</u></p> <p><i>[Assinatura]</i> ASS      <i>[Assinatura]</i> ASS</p> </div> |                             |                |                                       |                |            |
|   |                             |                | 2.500,53                              | 250,53         |            |
| Convênio 0010/2017 1ºT.A.   |                             |                | Valor Líquido                         | 2.250,00       |            |
| Saldo Base  | Sal. Contr. INSS            | Base Cál. FGTS | F.C.T.S do mês                        | Base Cál. IRRF | Faixa IRRF |
| 2.500,00  | 2.500,00 8,8648             | 2.500,00       | 200,00                                | 2.278,38       |            |
| DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE RECIBO  |                             |                |                                       |                |            |
| <u>06/04/2020</u>   |                             |                | <i>[Assinatura]</i>                   |                |            |
| DATA  |                             |                | ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO             |                |            |