



Comprovante de transferência entre contas da CAIXA - TEV

Via Internet Banking CAIXA

Emitente:	ASSOCIACAO BENEFICENTE EFATA
Conta origem:	1529 003 00000565-0
Conta destino:	1529 013 00074572-4

Nome destinatário:	LILIANA G DA S FERREIRA
Valor:	R\$ 1.460,00
Identificação da operação:	PG EFATA

Data de débito:	04/11/2021
Data/hora da operação:	04/11/2021 09:22:14

Código da operação:	003660680
Chave de segurança:	40E8HV8TC97F487S

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			
01/10/2021 a 31/10/2021					
000100 LILIANA GONCALVES DA SILVA FERREIRA		CPF: 07875243602	auxiliar de cuidadora		
Cód.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
001	Salário Base	176:00	1.330,70		
037	Adicional Noturno 30%	117:36	266,74		
999	Arredondamento do mes		0,46		
610	Arredondamento mes anterior			0,19	
903	INSS Folha			137,71	
Férias de 08/09/2021 até 07/10/2021 Dia(s) 7 (051:20)			1.597,90	137,90	
Convênio 0010/2017 1ºT.A.			Valor Líquido	1.460,00	
Saldo Base	Sal. Contri. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.663,37	1.597,43 8,3013	1.597,44	127,79	1.080,55	
DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE RECIBO					
04/11/2021		Liliana Gonçalves da Silva			
DATA		ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO			

ATESTO QUE O SERVIÇO
 FOI PRESTADO E/OU
 MATERIAL FORNECIDO
 04/11/2021
 ASS ASS





Cartão de Ponto

céu
 Nº ORDEM FUNCIONÁRIO
 Mês/ANO

Local: **VAR ESPATA**
 CARGO: **Av. cuidadora**
 Nº REGISTRO

ENTRADA: **09:00** INTERVALO: **1H** SAÍDA: **07:00**
 EMPREGADOR / CNPJ

Dia	ENT	SAI	ENT	SAI	ENT	SAI	Total
1	09:00	09:00	09:00	09:00			
2	09:00	09:00	09:00	09:00			
3	09:00	09:00	09:00	09:00			
4	09:00	09:00	09:00	09:00			
5	09:00	09:00	09:00	09:00			
6	09:00	09:00	09:00	09:00			
7	09:00	09:00	09:00	09:00			
8	09:00	09:00	09:00	09:00			
9	09:00	09:00	09:00	09:00			
10							
11	09:00	09:00	09:00	09:00			
12							
13	09:00	09:00	09:00	09:00			
14							
15	09:00	09:00	09:00	09:00			

Cartão de Ponto

céu
 Nº ORDEM FUNCIONÁRIO
 Mês/ANO

Local: **VAR ESPATA**
 CARGO: **Av. cuidadora**
 Nº REGISTRO

ENTRADA: **09:00** INTERVALO: **1H** SAÍDA: **07:00**
 EMPREGADOR / CNPJ

Dia	ENT	SAI	ENT	SAI	ENT	SAI	Total
16							
17	09:00	09:00	09:00	09:00			
18	09:00	09:00	09:00	09:00			
19	09:00	09:00	09:00	09:00			
20	09:00	09:00	09:00	09:00			
21	09:00	09:00	09:00	09:00			
22	09:00	09:00	09:00	09:00			
23	09:00	09:00	09:00	09:00			
24							
25	09:00	09:00	09:00	09:00			
26							
27	09:00	09:00	09:00	09:00			
28							
29	09:00	09:00	09:00	09:00			
30							
31							

Reconheço a exatidão destes registros.

Assinatura do Funcionário

