



00009 ASSOCIACAO BENEFICENTE EFATA		Demonstrativo de Pagamento de Salário			
R BENZOL, 454		03658925000112			
01/10/2021 a 31/10/2021		auxiliar de cuidadora			
000105 THALIA DE PAULA DA SILVA		CPF: 13142138650			
Cód.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
001	Salário Base	220:00	1.663,37		
037	Adicional Noturno 30%	168:00	381,06		
999	Arredondamento do mes		0,80		
610	Arredondamento mes anterior			0,74	
903	INSS Folha			167,49	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;"> <p>ATESTO QUE O SERVIÇO FOI PRESTADO E/OU MATERIAL FORNECIDO</p> <p>04 / 11 / 2021</p> <p><i>[Assinatura]</i> <i>[Assinatura]</i></p> <p>ASS ASS</p> </div>					
			2.045,23		168,23
Convênio 0010/2017 1º T.A.			Valor Líquido		
		1.877,00			
Saldo Base	Sal. Contri. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.663,37	2.044,43	8,1925	2.044,43	163,55	1.876,94
DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE RECIBO					
04 / 11 / 2021		<i>Thalia de Paula da Silva</i>			
DATA		ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO			



Comprovante de transferência eletrônica disponível

Via Internet Banking CAIXA

Tipo de TED:	TED para terceiros
Conta origem:	1529 003 00000565-0
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	ASSOCIACAO BENEFICENTE EFATA
CPF/CNPJ:	03.658.925/0001-12

Banco:	077 - BANCO INTER S.A. - 000416968
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Conta destino:	1 / 8016108-1
Tipo de pessoa:	FÍSICA
Nome:	THALIA DE PAULA DA SILVA
CPF/CNPJ:	131.421.386-50
Valor:	R\$ 1.877,00
Valor da tarifa:	R\$ 0,00
Finalidade:	10 - Crédito em Conta
Identificação da operação:	PG EFATA
Histórico:	

Data de débito:	04/11/2021
Data / Hora da operação:	04/11/2021 09:32:01

Código da operação:	00120443
Chave de segurança:	7EQPG7SYYPX1SJ1G

DEBITO REALIZADO COM SUCESSO. A PREVISAO DO CREDITO NA CONTA DESTINO E DE 60 MINUTOS.

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Help Desk CAIXA: 0800 726 0104



Cartão de Ponto

Céu
 Nº ORDEM FUNCIONÁRIO
Thaísia de Paula
 MES/ANO
11/2021

LOCAL TRAB: **LAB E FATA**
 Nº CTPS: _____
 CARGO: **Av. Cuadecora**
 Nº REGISTRO: _____

EMPREGADOR/CNPJ: _____
 Nº ENTRADA: **19:00**
 INTERVALO REF: **1H**
 SAÍDA: **07:00**
 REP SEMAN: _____

OBSERVAÇÃO

1ª Quinzena									
Dia	ENT	SAI	ENT	SAI	ENT	SAI	ENT	SAI	Total
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									



Cartão de Ponto

Céu
 Nº ORDEM FUNCIONÁRIO
Thaísia de Paula
 MES/ANO
11/2021

H. NORMAIS
 H. EXTRAS
 FALTAS
 H. NOTURNAS

DSR: _____
 VISTO: _____

OBSERVAÇÃO

2ª Quinzena									
Dia	ENT	SAI	ENT	SAI	ENT	SAI	ENT	SAI	Total
16									
17									
18									
19									
20									
21									
22									
23									
24									
25									
26									
27									
28									
29									
30									
31									

Reconheço a exatidão destes registros.

Assinatura do Funcionário

