



Comprovante de transferência entre contas da CAIXA - TEV

Via Internet Banking CAIXA

Emitente:	ASSOCIACAO BENEFICENTE EFATA
Conta origem:	1529 003 00000565-0
Conta destino:	0841 001 00021003-0
Nome destinatário:	KELE CRISTINA TRINDADE CEZAR
Valor:	R\$ 2.555,00
Identificação da operação:	PG EFATA
Data de débito:	05/11/2021
Data/hora da operação:	05/11/2021 11:32:46
Código da operação: 020368179	
Chave de segurança: 97PZSKHPUGTT4HPC	

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					
000102 KELE CRISTINA TRINDADE CESAR		CPF: 01466672633		Psicólogo social	
Cód.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
001	Salário Base	220:00	2.851,49		
999	Arredondamento do mes		0,85	0,40	
610	Arredondamento mes anterior			259,57	
903	INSS Folha			37,37	
914	IRRF Folha				
			2.852,34	297,34	
Convênio 0010/2017 1ºT.A.			Valor Líquido	2.555,00	
Saldo Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.851,49	2.851,49 9,1029	2.851,49	228,11	2.402,33	
DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE RECIBO					
05/11/2021		ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO			
DATA					

Cartão de Ponto

CEU
 Nº ORDEM FUNCIONÁRIO
 Kele Cristina Tindade 11/2024
 MES/ANO

LOCAL TRAB: **LAR EFATA**
 Nº CTPS: _____
 Nº REGISTRO: _____
 CARGO: **Psicólogo**

ENTRADA: **09:00**
 INTERVALO REF: **-**
 SAÍDA: **15:00**
 EMPREGADOR / CNPJ: _____
 REE SEMAN: _____

OBSERVAÇÃO: _____

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



[Handwritten signature]

Cartão de Ponto

CEU
 Nº ORDEM FUNCIONÁRIO
 Kele
 MES/ANO
 11/2024

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

OBSERVAÇÃO: _____

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

Respeite a exatidão destes registros.

[Handwritten signature]

Assinatura do Funcionário

