

**Comprovante de transferência entre contas da CAIXA - TEV**

Via Internet Banking CAIXA

CENTRO ESPECIALIZADOS EM REABILITACAO
ANTONIO DE OLIVEIRA - CER IV
Av. José dos Santos Diniz, 880 - B. F
Contagem / MG - CEP - CEP 32.043-000
Processo 045/2018

| | |
|-----------------------|----------------------------------|
| Emitente: | ASSOCIACAO PAIS AMIGOS EXEPCIONA |
| Conta origem: | 0086 / 003 / 00003858-3 |
| Conta destino: | 0817 / 001 / 00022288-7 |

| | |
|-----------------------------------|------------------------|
| Nome destinatário: | STEFANE PEREIRA GALVAO |
| Valor: | R\$ 46,80 |
| Identificação da operação: | ALIM E TRANSP |

| | |
|-------------------------------|---------------------|
| Data de débito: | 22/11/2018 |
| Data/hora da operação: | 22/11/2018 16:49:23 |

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 00168400 |
| Chave de segurança: | V7Y231ZQCKY1G728 |

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

ASSOCIACAO DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS DE BELO HORIZONTE
18.216.366/0003-20

Avenida José dos Santos Diniz, 880 - Bairro Europa - Contagem

Demonstrativo de Pagamento

| Func.: 001415 - Stefane Pereira Galvao | | Período: 11/2018 | |
|--|------------|------------------------------|------------------------------|
| Cargo: 0017 - Fonoaudiologo (a) | | Matrícula: 0000001415 | CTPS: 3122505 / 00040 |
| Depto.: 901 - REABILITACAO/HABILITACAO AUDITIVA | | Admissão: 01/11/2018 | CPF: 079.413.446-70 |
| Verbas | Referência | Vencimentos | Descontos |
| 1642 - Reembolso Vale Transporte | 4,00 | 46,80 | |
| | | Total: 46,80 | Total: 0,00 |
| | | Valor Líquido | 46,80 |

CENTRO ESPECIALIZADOS EM REABILITAÇÃO
ANTÔNIO DE OLIVEIRA - CER IV
 Av. José dos Santos Diniz, 880 - B. Europa
 Contagem / MG - CEP - CEP 32.043-000
 Processo 045/2018

Recebi o valor líquido, acima descrito em ____/____/____ Assinatura: _____

| | | | | | |
|---------------------|-------------------------|-----------------------|--------------------|-----------------------|-------------------|
| Salário Base | Sal. Contr. INSS | Base Cál. FGTS | FGTS do Mês | Base Cál. IRRF | Faixa IRRF |
| 2.005,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | |