

\*\*\* RECIBO DE PAGAMENTO \*\*\*

**Empresa:** ASSOCIACAO ELTORADO DE APOIO A VIDA **C.N.P.J.:** 17.511.460/0001-87

De 01/05/2019 a 31/05/2019 **Serviço/Obra:**

**Registro Nome**  
**58 PATRICIA MAYRINK RIBEIRO** **Data de Admissão**  
**23/04/2019**  
**C.P.F.** 080.228.896-01 **C.B.O.:** 411010

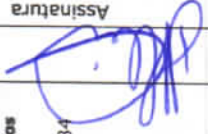
**Cargo:** AUX. ADMINISTRATIVO

**Código Descrição**  
 1 SALARIO EFETIVO  
 501 INSS

**Referência**  
 30  
 8

**Proventos**  
 998,00

**Descontos**  
 79,84

Assinatura 

Data 01/06/2019

**Total de Proventos** 998,00  
**Total de Descontos** 79,84  
**Líquido** 918,16  
**Valor FGTS** 79,84  
**Base IRRF** 918,16

**Salário Base** 998,00  
**Base INSS** 998,00  
**Base FGTS** 998,00

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

Via Internet Banking CAIXA

<b>Emitente:</b>	ASSOCIACAO ELDORADO DE APOIO A V
<b>Conta origem:</b>	1529 / 003 / 00005414-7
<b>Conta destino:</b>	2940 / 013 / 00056583-9

<b>Nome destinatário:</b>	PATRICIA MAYRINK RIBEIRO
<b>Valor:</b>	R\$ 918,15
<b>Identificação da operação:</b>	PAG. MES REFERENCIA MAIO

<b>Data de débito:</b>	07/06/2019
<b>Data/hora da operação:</b>	07/06/2019 11:54:29

<b>Código da operação:</b>	00168179
<b>Chave de segurança:</b>	N5UA8NH7JW30AT8A

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



# ASSOCIAÇÃO ELTORADO DE APOIO À VIDA

## PONTO DIÁRIO

MÊS: MAIO			ANO: 2019			
NOME: PATRÍCIA MAYRINK RIBEIRO			CARGO: SECRETARIA			
DIA	ASSINATURA	ENTRADA	SAÍDA	ENTRADA	SAÍDA	
1	FERIADO					
2	Patricia Mayrink Ribeiro	8:00	12:00	13:00	17:00	
3	Patricia Mayrink Ribeiro	8:00	12:00	13:00	17:00	
4	SÁBADO					
5	DOMINGO					
6	Patricia Mayrink Ribeiro	8:00	12:00	13:00	17:00	
7	Patricia Mayrink Ribeiro	8:00	12:00	13:00	17:00	
8	Patricia Mayrink Ribeiro	8:00	12:00	13:00	17:00	
9	Patricia Mayrink Ribeiro	8:00	12:00	13:00	17:00	
10	Patricia Mayrink Ribeiro	8:00	12:00	13:00	17:00	
11	SÁBADO					
12	DOMINGO					
13	Patricia Mayrink Ribeiro	8:00	12:00	13:00	17:00	
14	Patricia Mayrink Ribeiro	8:00	12:00	13:00	17:00	
15	Patricia Mayrink Ribeiro	8:00	12:00	13:00	17:00	
16	Patricia Mayrink Ribeiro	8:00	12:00	13:00	17:00	
17	Patricia Mayrink Ribeiro	8:00	12:00	13:00	17:00	
18	SÁBADO					
19	DOMINGO					
20	Patricia Mayrink Ribeiro	8:00	12:00	13:00	17:00	
21	Patricia Mayrink Ribeiro	8:00	12:00	13:00	17:00	
22	Patricia Mayrink Ribeiro	8:00	12:00	13:00	17:00	
23	Patricia Mayrink Ribeiro	8:00	12:00	13:00	17:00	
24	Patricia Mayrink Ribeiro	8:00	12:00	13:00	17:00	
25	SÁBADO					
26	DOMINGO					
27	Patricia Mayrink Ribeiro	8:00	12:00	13:00	17:00	
28	Patricia Mayrink Ribeiro	8:00	12:00	13:00	17:00	
29						
30						
31						

## RESUMO MENSAL

PRESENCAS	FALTAS	LICENÇAS	FREQUÊNCIA

OBS:

---

## Atestado médico

Atesto para os devidos fins que o(a) Sr(a) PATRICIA MAYRINK RIBEIRO

( ) Compareceu nesta unidade nesta data para consulta/exames. Tendo permanecido na unidade no período de \_\_\_\_\_ as \_\_\_\_\_ horas.

() Necessita permanecer afastada do trabalho por 03 (Três) dias, a partir de 29 / 5 / 19 por motivo de doença.

CID A09

(Este afastamento é válido para finalidade prevista no art. 143 & primeiro do decreto 2172 de 05/03/97 e resolução CFM 1190/84, justificando o afastamento de 1 a 15 dias).

Autorizo a inclusão do CID: \_\_\_\_\_

29 / 5 / 19

DATA

Dr. Cristiano S. Boaventura  
  
CRM-MG 39866

\_\_\_\_\_  
Cristiano Silveira Boaventura  
CRM-MG 39866