

Nome: ANA CARLA FERNANDES MEDICI		Matr.: 52	Data Ingresso:10/05/2004	CPF: 666.579.030-49
	INSS: 12544598567			Saldo de Cotas:
Cód.	Descrição	Ref.	Ingressos	Dispendios
001	NÃO COMPARECIMENTO (R\$ 14,50)	0	R\$0,00	
002	Nº DE ATENDIMENTOS (24,80)	0	R\$0,00	
003	Nº DE ATENDIMENTOS (27,90)	0	R\$0,00	
004	Nº DE ATENDIMENTOS (29,97)	0	R\$0,00	
005	Nº DE ATENDIMENTOS PARTICULARES (R\$ 70,00)	0	R\$0,00	
006	Nº DE AVALIAÇÕES PSICOSSOCIAIS (R\$ 115,00)	0	R\$0,00	
007	Nº DE CO-PARTICIPAÇÕES RECEBIDAS	0		R\$0,00
008	OUTROS DESCONTOS			R\$0,00
009	IMPOSTOS (COFINS, IR, ISSQN e PIS)			R\$0,00
010	CUSTEIO			R\$300,00
011	TAXA BANCÁRIA			R\$0,00
012	SALDO ANTERIOR		R\$0,00	
			Ingr.:R\$0,00	Desc.:R\$300,00
			Total	-R\$300,00

Período: 01/01/0001 à 01/01/0001

Emissão:

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Função: PSICÓLOGA(O)

Eu como sócio da UNIPSICO VALE DO SINOS, venho através desta declarar que sou ciente de meus direitos e deveres com a cooperativa, descritos no Estatuto Social e Regimeto Interno.

UNIPSICO VALE DO SINOS

RUA JÚLIO DE CASTILHOS, 351 - SALA, 605 - NOVO HAMBURGO(051) 3593-3434

Conforme contrato retirei da cooperativa, a importância discriminada acima.

DATA

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ASSINATURA

\_\_\_\_\_

COOPERATIVA DE TRABALHO EM PSICOLOGIA DO VALE DO SINOS LTDA				
CNPJ: 02.030.110/0001-21		RECIBO DE PAGAMENTO DE COOPERADO		
IDENTIFICAÇÃO DO ASSOCIADO				
Nome: KELLY FERREIRA TÂMARA		Matr.: 5	Data Ingresso:01/10/2016	CPF: 008.925.660-35
	INSS: 12992966705			Saldo de Cotas:
Cód.	Descrição	Ref.	Ingressos	Dispendios
001	NÃO COMPARECIMENTO (R\$ 14,50)	0	R\$0,00	
002	Nº DE ATENDIMENTOS (24,80)	0	R\$0,00	
003	Nº DE ATENDIMENTOS (27,90)	0	R\$0,00	
004	Nº DE ATENDIMENTOS (29,97)	0	R\$0,00	
005	Nº DE ATENDIMENTOS PARTICULARES (R\$ 70,00)	0	R\$0,00	
006	Nº DE AVALIAÇÕES PSICOSSOCIAIS (R\$ 115,00)	0	R\$0,00	
007	Nº DE CO-PARTICIPAÇÕES RECEBIDAS	0		R\$0,00
008	OUTROS DESCONTOS			R\$0,00
009	IMPOSTOS (COFINS, IR, ISSQN e PIS)			R\$0,00
010	CUSTEIO			R\$0,00
011	TAXA BANCÁRIA			R\$0,00
012	SALDO ANTERIOR		R\$0,00	
			Ingr.:R\$0,00	Desc.:R\$0,00
			Total	R\$0,00

Período: 01/01/0001 à 01/01/0001 ____/____/____ Função: PSICÓLOGA(O)	Emissão:	Conforme contrato retirei da cooperativa, a importância discriminada acima.
Eu como sócio da UNIPSICO VALE DO SINOS, venho através desta declarar que sou ciente de meus direitos e deveres com a cooperativa, descritos no Estatuto Social e Regimento Interno.		
UNIPSICO VALE DO SINOS RUA JÚLIO DE CASTILHOS, 351 - SALA, 605 - NOVO HAMBURGO(051) 3593-3434	DATA ____/____/____	ASSINATURA _____