

| | | | | |
|----------------------------------|---|-----------|--------------------------|---------------------|
| 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) | 3 | R\$74,40 | |
| 003 | Nº DE ATENDIMENTOS (27,90) | 1 | R\$27,90 | |
| 004 | Nº DE ATENDIMENTOS (29,97) | 5 | R\$74,85 | |
| 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 | 5 | | R\$75,00 |
| 008 | OUTROS DESCONTOS | | | R\$0,00 |
| 009 | IMPOSTOS (COFINS, IR, ISSQN e PIS) | | | R\$12,67 |
| 010 | CUSTEIO | | | R\$300,00 |
| 011 | TAXA BANCÁRIA | | | R\$0,00 |
| 012 | SALDO ANTERIOR | | R\$0,00 | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | Ingr.:R\$177,15 | Desc.:R\$312,67 |
| | | | Total | -R\$135,52 |

Período: 01/01/0001 à 01/01/0001

____/____/____

Função: PSICÓLOGA(O)

Emissão:

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

IDENTIFICAÇÃO DO ASSOCIADO

| | | | | |
|--|--|--|-----------------|-----------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | Ingr.:R\$436,53 | Desc.:R\$331,21 |
| | | | Total | R\$105,32 |

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

IDENTIFICAÇÃO DO ASSOCIADO

| | | | | |
|---------------------------|---|------------|--------------------------|---------------------|
| Nome: ARIANE LIZZE VIEIRA | | Matr.: 105 | Data Ingresso:01/12/2016 | CPF: 017.120.480-82 |
| | INSS: 12991925681 | | | Saldo de Cotas: |
| Cód. | Descrição | Ref. | Ingressos | Dispendios |
| 001 | NÃO COMPARECIMENTO (R\$ 14,50) | 1 | R\$14,50 | |
| 002 | Nº DE ATENDIMENTOS (24,80) | 2 | R\$49,60 | |
| 003 | Nº DE ATENDIMENTOS (27,90) | 2 | R\$55,80 | |
| 004 | Nº DE ATENDIMENTOS (29,97) | 1 | R\$14,97 | |
| 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 | 1 | | R\$15,00 |
| 008 | OUTROS DESCONTOS | | | R\$0,00 |
| 009 | IMPOSTOS (COFINS, IR, ISSQN e PIS) | | | R\$9,64 |
| 010 | CUSTEIO | | | R\$300,00 |
| 011 | TAXA BANCÁRIA | | | R\$5,00 |
| 012 | SALDO ANTERIOR | | R\$0,00 | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | Ingr.:R\$134,87 | Desc.:R\$314,64 |
| | | | Total | -R\$179,77 |

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

IDENTIFICAÇÃO DO ASSOCIADO

| | | | | |
|---------------------------|---|------------|--------------------------|---------------------|
| Nome: CARLA SUSANE GEYGER | | Matr.: 109 | Data Ingresso:01/03/2017 | CPF: 439.847.890-68 |
| | INSS: 12183473152 | | | Saldo de Cotas: |
| Cód. | Descrição | Ref. | Ingressos | Dispendios |
| 001 | NÃO COMPARECIMENTO (R\$ 14,50) | 0 | R\$0,00 | |
| 002 | Nº DE ATENDIMENTOS (24,80) | 4 | R\$99,20 | |
| 003 | Nº DE ATENDIMENTOS (27,90) | 2 | R\$55,80 | |
| 004 | Nº DE ATENDIMENTOS (29,97) | 2 | R\$29,94 | |
| 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 | 2 | | R\$30,00 |
| 008 | OUTROS DESCONTOS | | | R\$0,00 |
| 009 | IMPOSTOS (COFINS, IR, ISSQN e PIS) | | | R\$13,22 |
| 010 | CUSTEIO | | | R\$300,00 |
| 011 | TAXA BANCÁRIA | | | R\$5,00 |
| 012 | SALDO ANTERIOR | | R\$0,00 | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | Ingr.:R\$184,94 | Desc.:R\$318,22 |
| | | | Total | -R\$133,28 |

Período: 01/01/0001 à 01/01/0001

____/____/____

Função: PSICÓLOGA(O)

Emissão:

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

IDENTIFICAÇÃO DO ASSOCIADO

| | | | | |
|------------------------------|---|-----------|--------------------------|---------------------|
| Nome: CRISTINE MARQUES BLUMM | | Matr.: 84 | Data Ingresso:01/08/2012 | CPF: 009.457.830-35 |
| | INSS: 12848620708 | | | Saldo de Cotas: |
| Cód. | Descrição | Ref. | Ingressos | Dispendios |
| 001 | NÃO COMPARECIMENTO (R\$ 14,50) | 0 | R\$0,00 | |
| 002 | Nº DE ATENDIMENTOS (24,80) | 5 | R\$124,00 | |
| 003 | Nº DE ATENDIMENTOS (27,90) | 2 | R\$55,80 | |
| 004 | Nº DE ATENDIMENTOS (29,97) | 3 | R\$44,91 | |
| 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 | 3 | | R\$45,00 |
| 008 | OUTROS DESCONTOS | | | R\$0,00 |
| 009 | IMPOSTOS (COFINS, IR, ISSQN e PIS) | | | R\$16,07 |
| 010 | CUSTEIO | | | R\$300,00 |
| 011 | TAXA BANCÁRIA | | | R\$5,00 |
| 012 | SALDO ANTERIOR | | R\$0,00 | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | Ingr.:R\$224,71 | Desc.:R\$321,07 |
| | | | Total | -R\$96,36 |

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

IDENTIFICAÇÃO DO ASSOCIADO

| | | | | |
|------------------------------------|---|-----------|--------------------------|---------------------|
| Nome: FERNANDA DE OLIVEIRA MARTINI | | Matr.: 79 | Data Ingresso:01/09/2011 | CPF: 006.709.820-75 |
| | INSS: 12832928716 | | | Saldo de Cotas: |
| Cód. | Descrição | Ref. | Ingressos | Dispendios |
| 001 | NÃO COMPARECIMENTO (R\$ 14,50) | 0 | R\$0,00 | |
| 002 | Nº DE ATENDIMENTOS (24,80) | 2 | R\$49,60 | |
| 003 | Nº DE ATENDIMENTOS (27,90) | 6 | R\$167,40 | |
| 004 | Nº DE ATENDIMENTOS (29,97) | 2 | R\$29,94 | |
| 005 | Nº DE ATENDIMENTOS PARTICULARES (R\$ 70,00) | 0 | R\$0,00 | |
| 006 | Nº DE AVALIAÇÕES PSICOSSOCIAIS (R\$ 115,00) | 1 | R\$115,00 | |
| 007 | Nº DE CO-PARTICIPAÇÕES RECEBIDAS | 2 | | R\$30,00 |
| 008 | OUTROS DESCONTOS | | | R\$0,00 |
| 009 | IMPOSTOS (COFINS, IR, ISSQN e PIS) | | | R\$25,88 |
| 010 | CUSTEIO | | | R\$300,00 |
| 011 | TAXA BANCÁRIA | | | R\$5,00 |
| 012 | SALDO ANTERIOR | | R\$0,00 | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | Ingr.:R\$361,94 | Desc.:R\$330,88 |
| | | | Total | R\$31,06 |

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 Regimeto Interno.

UNIPSICO VALE DO SINOS

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

DATA

____/____/____

ASSINATURA

IDENTIFICAÇÃO DO ASSOCIADO

| | | | | |
|--------------------------------|---|------------|--------------------------|---------------------|
| Nome: GERUSA CRISTINA DE SOUZA | | Matr.: 103 | Data Ingresso:29/02/2016 | CPF: 616.509.270-53 |
| | INSS: 12586594683 | | | Saldo de Cotas: |
| Cód. | Descrição | Ref. | Ingressos | Dispendios |
| 001 | NÃO COMPARECIMENTO (R\$ 14,50) | 0 | R\$0,00 | |
| 002 | Nº DE ATENDIMENTOS (24,80) | 2 | R\$49,60 | |
| 003 | Nº DE ATENDIMENTOS (27,90) | 7 | R\$195,30 | |
| 004 | Nº DE ATENDIMENTOS (29,97) | 5 | R\$74,85 | |
| 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 | 5 | | R\$75,00 |
| 008 | OUTROS DESCONTOS | | | R\$0,00 |
| 009 | IMPOSTOS (COFINS, IR, ISSQN e PIS) | | | R\$22,86 |
| 010 | CUSTEIO | | | R\$300,00 |
| 011 | TAXA BANCÁRIA | | | R\$5,00 |
| 012 | SALDO ANTERIOR | | R\$0,00 | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | Ingr.:R\$319,75 | Desc.:R\$327,86 |
| | | | Total | -R\$8,11 |

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

IDENTIFICAÇÃO DO ASSOCIADO

| | | | | |
|--|--|--|-----------------|-----------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | Ingr.:R\$239,07 | Desc.:R\$317,09 |
| | | | Total | -R\$78,02 |

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 _____ |

| | | | | |
|--|--|--|-----------------|-----------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | Ingr.:R\$728,40 | Desc.:R\$357,08 |
| | | | Total | R\$371,32 |

| DATA |
|------|
|------|

| DATA |
|------|
|------|

IDENTIFICAÇÃO DO ASSOCIADO

| | | | | |
|--|--|--|-----------------|-----------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | Ingr.:R\$279,98 | Desc.:R\$320,02 |
| | | | Total | -R\$40,04 |

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

IDENTIFICAÇÃO DO ASSOCIADO

| | | | | |
|--|---|-----------|--------------------------|---------------------|
| Nome: MELISSA FIGUEIRA DA MOTTA DE SOUZA | | Matr.: 86 | Data Ingresso:01/08/2012 | CPF: 988.769.020-15 |
| | INSS: 12681027693 | | | Saldo de Cotas: |
| Cód. | Descrição | Ref. | Ingressos | Dispendios |
| 001 | NÃO COMPARECIMENTO (R\$ 14,50) | 0 | R\$0,00 | |
| 002 | Nº DE ATENDIMENTOS (24,80) | 3 | R\$74,40 | |
| 003 | Nº DE ATENDIMENTOS (27,90) | 6 | R\$167,40 | |
| 004 | Nº DE ATENDIMENTOS (29,97) | 1 | R\$14,97 | |
| 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 | 1 | | R\$15,00 |
| 008 | OUTROS DESCONTOS | | | R\$0,00 |
| 009 | IMPOSTOS (COFINS, IR, ISSQN e PIS) | | | R\$18,36 |
| 010 | CUSTEIO | | | R\$300,00 |
| 011 | TAXA BANCÁRIA | | | R\$5,00 |
| 012 | SALDO ANTERIOR | | R\$0,00 | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | Ingr.:R\$256,77 | Desc.:R\$323,36 |
| | | | Total | -R\$66,59 |

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

DATA

IDENTIFICAÇÃO DO ASSOCIADO

| | | | | |
|--|--|--|-------|-----------|
| | | | Total | -R\$16,75 |
|--|--|--|-------|-----------|

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

IDENTIFICAÇÃO DO ASSOCIADO

| | | | | |
|-------------------------------------|---|-----------|--------------------------|---------------------|
| Nome: PATRICIA TATIANE ELTZ SCHMITZ | | Matr.: 93 | Data Ingresso:04/03/2013 | CPF: 813.165.000-63 |
| | INSS: 12646148692 | | | Saldo de Cotas: |
| Cód. | Descrição | Ref. | Ingressos | Dispendios |
| 001 | NÃO COMPARECIMENTO (R\$ 14,50) | 0 | R\$0,00 | |
| 002 | Nº DE ATENDIMENTOS (24,80) | 1 | R\$24,80 | |
| 003 | Nº DE ATENDIMENTOS (27,90) | 1 | R\$27,90 | |
| 004 | Nº DE ATENDIMENTOS (29,97) | 4 | R\$59,88 | |
| 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 | 4 | | R\$60,00 |
| 008 | OUTROS DESCONTOS | | | R\$0,00 |
| 009 | IMPOSTOS (COFINS, IR, ISSQN e PIS) | | | R\$8,05 |
| 010 | CUSTEIO | | | R\$0,00 |
| 011 | TAXA BANCÁRIA | | | R\$5,00 |
| 012 | SALDO ANTERIOR | | R\$0,00 | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | Ingr.:R\$112,58 | Desc.:R\$13,05 |
| | | | Total | R\$99,53 |

Período: 01/01/0001 à 01/01/0001

____/____/____

Função: PSICÓLOGA(O)

Emissão:

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: Rodrigo Krug | | Matr.: 999 | Data Ingresso:01/01/2017 | CPF: 837.469.000-34 |
| | INSS: 123000123 | | | Saldo de Cotas: |
| Cód. | Descrição | Ref. | Ingressos | Dispendios |
| 001 | NÃO COMPARECIMENTO (R\$ 14,50) | 1 | R\$14,50 | |
| 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) | 1 | R\$115,00 | |
| 007 | Nº DE CO-PARTICIPAÇÕES RECEBIDAS | 0 | | R\$0,00 |
| 008 | OUTROS DESCONTOS | | | R\$0,00 |
| 009 | IMPOSTOS (COFINS, IR, ISSQN e PIS) | | | R\$9,26 |
| 010 | CUSTEIO | | | R\$300,00 |
| 011 | TAXA BANCÁRIA | | | R\$0,00 |
| 012 | SALDO ANTERIOR | | R\$0,00 | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | Ingr.:R\$129,50 | Desc.:R\$309,26 |
| | | | Total | -R\$179,76 |

| | | |
|--|----------|---|
| 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 _____ |

IDENTIFICAÇÃO DO ASSOCIADO

| | | | | |
|---|---|------------|--------------------------|---------------------|
| Nome: SALETE JULIANE DILKIN DE OLIVEIRA | | Matr.: 104 | Data Ingresso:01/12/2016 | CPF: 956.121.140-87 |
| | INSS: 12717887697 | | | Saldo de Cotas: |
| Cód. | Descrição | Ref. | Ingressos | Dispendios |
| 001 | NÃO COMPARECIMENTO (R\$ 14,50) | 2 | R\$29,00 | |
| 002 | Nº DE ATENDIMENTOS (24,80) | 1 | R\$24,80 | |
| 003 | Nº DE ATENDIMENTOS (27,90) | 2 | R\$55,80 | |
| 004 | Nº DE ATENDIMENTOS (29,97) | 5 | R\$74,85 | |
| 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 | 5 | | R\$75,00 |
| 008 | OUTROS DESCONTOS | | | R\$0,00 |
| 009 | IMPOSTOS (COFINS, IR, ISSQN e PIS) | | | R\$13,19 |
| 010 | CUSTEIO | | | R\$300,00 |
| 011 | TAXA BANCÁRIA | | | R\$5,00 |
| 012 | SALDO ANTERIOR | | R\$0,00 | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | Ingr.:R\$184,45 | Desc.:R\$318,19 |
| | | | Total | -R\$133,74 |

Período: 01/01/0001 à 01/01/0001

____/____/____

Função: PSICÓLOGA(O)

Emissão:

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: TATIANA CARDOSO DE AZEVEDO | | Matr.: 102 | Data Ingresso:29/02/2016 | CPF: 631.620.320-91 |
| | INSS: 12660255689 | | | 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) | 1 | R\$27,90 | |
| 004 | Nº DE ATENDIMENTOS (29,97) | 3 | R\$44,91 | |
| 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 | 3 | | R\$45,00 |
| 008 | OUTROS DESCONTOS | | | R\$0,00 |
| 009 | IMPOSTOS (COFINS, IR, ISSQN e PIS) | | | R\$5,21 |
| 010 | CUSTEIO | | | R\$300,00 |
| 011 | TAXA BANCÁRIA | | | R\$5,00 |
| 012 | SALDO ANTERIOR | | R\$0,00 | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | Ingr.:R\$72,81 | Desc.:R\$310,21 |
| | | | Total | -R\$237,40 |

| | |
|--|--|
| <div>Período: 01/01/0001 à 01/01/0001</div> <div>Emissão:</div> <div>____/____/____</div> <div>Função: PSICÓLOGA(O)</div> | <div>Conforme contrato retirei da cooperativa, a importância discriminada acima.</div> |
| <div>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.</div> | |
| <div>UNIPSICO VALE DO SINOS</div> <div>RUA JÚLIO DE CASTILHOS, 351 - SALA, 605 - NOVO HAMBURGO(051) 3593-3434</div> | <div><div>DATA</div><div>____/____/____</div><div>ASSINATURA</div><div>_____</div></div> |

IDENTIFICAÇÃO DO ASSOCIADO

| | | | | |
|--------------------------------|---|------------|--------------------------|---------------------|
| Nome: TATIANA CORBELLINI RIBAS | | Matr.: 106 | Data Ingresso:01/12/2016 | CPF: 729.047.710-34 |
| | INSS: 12673704673 | | | Saldo de Cotas: |
| Cód. | Descrição | Ref. | Ingressos | Dispendios |
| 001 | NÃO COMPARECIMENTO (R\$ 14,50) | 1 | R\$14,50 | |
| 002 | Nº DE ATENDIMENTOS (24,80) | 3 | R\$74,40 | |
| 003 | Nº DE ATENDIMENTOS (27,90) | 4 | R\$111,60 | |
| 004 | Nº DE ATENDIMENTOS (29,97) | 6 | R\$89,82 | |
| 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 | 6 | | R\$90,00 |
| 008 | OUTROS DESCONTOS | | | R\$0,00 |
| 009 | IMPOSTOS (COFINS, IR, ISSQN e PIS) | | | R\$20,76 |
| 010 | CUSTEIO | | | R\$300,00 |
| 011 | TAXA BANCÁRIA | | | R\$5,00 |
| 012 | SALDO ANTERIOR | | R\$0,00 | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | Ingr.:R\$290,32 | Desc.:R\$325,76 |
| | | | Total | -R\$35,44 |

Período: 01/01/0001 à 01/01/0001

____/____/____

Função: PSICÓLOGA(O)

Emissão:

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 | |

| | |
|----------------------------------|----------|
| 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 Regimento 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 |
| ____/____/____ | _____ |