

**MUNICIPIO DE CAAPORA****CNPJ: 08.865.644/0001-54****Demonstrativo de Pagamento de Salário****Referente: 11/2019**

Matrícula 1571	Nome EDIENE GOMES DE SANTANA					
CPF 840.341.734-91	PIS/PASEP 124.84534.62.2	Dep. IRRF 0	Dep. S. F. 0	Banco 104	Agência 1033-2	Conta 21554-7 001
Órgão/Secretaria 03152 SAUDE - HOSPITAL ANA VIRGINIA					Data Admissão 01/06/2004	
Unid. Trabalho/Lotação 03152 SAUDE - HOSPITAL ANA VIRGINIA					Regime EST	
Cargo/Benefício 0033 AUXILIAR DE ENFERMAGEM				Tempo de Serviço 15 anos e 06 meses		
Nome do Instituidor do Benefício				Margem Consignável 299,40		

Código	Descrição	Ref.	Limite	Vantagens	Descontos
1100	VENCIMENTOS	30		998,00	
1239	GRAT. INSALUBRIDADE 20% - LEI 718	30		199,00	
1778	GRAT. PROGRAMA SAÚDE LC 01-12 ART.44	30		2.202,00	
2103	PREVIDENCIA PROPRIA	30			109,78
2300	IRRF	30			138,58
2400	ASSIST.ODONT-UNIDENTIS	30			19,00

Total de Vencimentos	3.399,00	Total de Descontos	267,36	Valor Líquido a Receber	3.131,64
----------------------	----------	--------------------	--------	-------------------------	----------

Mensagem geral:	Mensagem individual:
-----------------	----------------------

Data ____/____/____	Assinatura
------------------------	------------

**MUNICIPIO DE CAAPORA****CNPJ: 08.865.644/0001-54****Demonstrativo de Pagamento de Salário****Referente: 11/2019**

Matrícula 1571	Nome EDIENE GOMES DE SANTANA					
CPF 840.341.734-91	PIS/PASEP 124.84534.62.2	Dep. IRRF 0	Dep. S. F. 0	Banco 104	Agência 1033-2	Conta 21554-7 001
Órgão/Secretaria 03152 SAUDE - HOSPITAL ANA VIRGINIA					Data Admissão 01/06/2004	
Unid. Trabalho/Lotação 03152 SAUDE - HOSPITAL ANA VIRGINIA					Regime EST	
Cargo/Benefício 0033 AUXILIAR DE ENFERMAGEM				Tempo de Serviço 15 anos e 06 meses		
Nome do Instituidor do Benefício				Margem Consignável 299,40		

Código	Descrição	Ref.	Limite	Vantagens	Descontos
1100	VENCIMENTOS	30		998,00	
1239	GRAT. INSALUBRIDADE 20% - LEI 718	30		199,00	
1778	GRAT. PROGRAMA SAÚDE LC 01-12 ART.44	30		2.202,00	
2103	PREVIDENCIA PROPRIA	30			109,78
2300	IRRF	30			138,58
2400	ASSIST.ODONT-UNIDENTIS	30			19,00

Total de Vantagens	3.399,00	Total de Descontos	267,36	Valor Líquido a Receber	3.131,64
--------------------	----------	--------------------	--------	-------------------------	----------

Mensagem geral:	Mensagem individual:
-----------------	----------------------

Data ____/____/____	Assinatura
------------------------	------------