

|  |  |                                  |  |                           |                             |                                   |
|--|--|----------------------------------|--|---------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|
| RECIBO DE PAGAMENTO DE SALÁRIO MENSAL  |  |                                  |  |                           | Competência<br>11/2019      |                                   |
| Empresa<br>1457 MECATRON JUNDIAI INSTALACAO E MANUTENCA INDUSTRIAL LTDA<br>Rua PROFESSORA CESARINA FORTAREL GONÇALVES DIAS , 135 - CIDADE LUIZA<br>Jundiai SP 13214-150 CNPJ: 64.764.038/0001-13 |  |                                  |  |                           | Divisão R.H.<br>002.000.000 |                                   |
|  |  |                                  |  |                           | Função<br>MECANICO MANUT D  |                                   |
| Nº Reg.<br>07084   | Chapa                                    | Nome<br>EDISON DE OLIVEIRA COSTA |  |                           |                             |                                   |
| Cód.   | Descrição                                |                                  |  | Referência                | Vencimentos                 | Descontos                         |
| 099  | INSUFIC SALDO -C                         |                                  |  |                           | 10.171,73                   |                                   |
| 162  | ASSISTENCIA MEDICA                       |                                  |  |                           |                             | 14,00                             |
| 180  | CESTA BASICA                             |                                  |  |                           |                             | 15,00                             |
| 199  | INSUFIC SALDO - D                        |                                  |  |                           |                             | 9.961,10                          |
| 323  | ASSIST MÉDICA DEPENDENTES                |                                  |  |                           |                             | 181,63                            |
| 813  | Assistencia médica (Empresa)<br>- 167,63 |                                  |  |                           |                             |                                   |
| 817  | Cesta Basica - 115,00                    |                                  |  |                           |                             |                                   |
| RESUMODO<br>SALÁRIO  |  | Salário Base<br>13,91            |  | Sal. Contribuição<br>0,00 |                             | Total de Vencimentos<br>10.171,73 |
| Base Cál. F.G.T.S<br>0,00  |  | F.G.T.S do Mês<br>0,00           |  | Base Cál. I.R.<br>0,00    |                             | LÍQUIDO<br>A RECEBER<br>0,00      |
| Funcionario sob custódia do INSS !!!   |  |                                  |  |                           |                             |                                   |

|  |  |                                  |  |                           |                             |                                   |
|--|--|----------------------------------|--|---------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|
| RECIBO DE PAGAMENTO DE SALÁRIO MENSAL  |  |                                  |  |                           | Competência<br>11/2019      |                                   |
| Empresa<br>1457 MECATRON JUNDIAI INSTALACAO E MANUTENCA INDUSTRIAL LTDA<br>Rua PROFESSORA CESARINA FORTAREL GONÇALVES DIAS , 135 - CIDADE LUIZA<br>Jundiai SP 13214-150 CNPJ: 64.764.038/0001-13 |  |                                  |  |                           | Divisão R.H.<br>002.000.000 |                                   |
|  |  |                                  |  |                           | Função<br>MECANICO MANUT D  |                                   |
| Nº Reg.<br>07084   | Chapa                                    | Nome<br>EDISON DE OLIVEIRA COSTA |  |                           |                             |                                   |
| Cód.   | Descrição                                |                                  |  | Referência                | Vencimentos                 | Descontos                         |
| 099  | INSUFIC SALDO -C                         |                                  |  |                           | 10.171,73                   |                                   |
| 162  | ASSISTENCIA MEDICA                       |                                  |  |                           |                             | 14,00                             |
| 180  | CESTA BASICA                             |                                  |  |                           |                             | 15,00                             |
| 199  | INSUFIC SALDO - D                        |                                  |  |                           |                             | 9.961,10                          |
| 323  | ASSIST MÉDICA DEPENDENTES                |                                  |  |                           |                             | 181,63                            |
| 813  | Assistencia médica (Empresa)<br>- 167,63 |                                  |  |                           |                             |                                   |
| 817  | Cesta Basica - 115,00                    |                                  |  |                           |                             |                                   |
| RESUMODO<br>SALÁRIO  |  | Salário Base<br>13,91            |  | Sal. Contribuição<br>0,00 |                             | Total de Vencimentos<br>10.171,73 |
| Base Cál. F.G.T.S<br>0,00  |  | F.G.T.S do Mês<br>0,00           |  | Base Cál. I.R.<br>0,00    |                             | LÍQUIDO<br>A RECEBER<br>0,00      |
| Funcionario sob custódia do INSS !!!   |  |                                  |  |                           |                             |                                   |

|  |                           |
|--|---------------------------|
| DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE RECIBO |                           |
| _____  | _____                     |
| DATA   | ASSINATURA DO FUNCIONARIO |