

BELO RISO CLINICA ODONTOLOGICA LTDA

CNPJ: 15.038.776/0001-78

CC: GERAL

Mensalista

Folha Mensal

Outubro de 2023

Código

7956

Nome do Funcionário

ISRAEL JOSE JARDIM JUNIOR

SOCIO

CBO

123110

Departamento

3

Filial

1

Admissão:

01/09/2017

| Código | Descrição | Referência | Vencimentos | Descontos |
|--------|-----------------|------------|-------------|-----------|
| 9380 | PRO-LABORE DIAS | 31,00 | 1.996,00 | |
| 843 | INSS EMPREGADOR | 11,00 | | 219,56 |

Matricula INSS:

999.999.999,00

Total de Vencimentos

1.996,00

Total de Descontos

219,56

Valor Líquido

➡

1.776,44

Salário Base

1.996,00

Sal. Contr. INSS

1.996,00

Base Cálc. FGTS

0,00

F.G.T.S do Mês

0,00

Base Cálc. IRRF

1.468,00

Faixa IRRF

0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

____/____/____

BELO RISO CLINICA ODONTOLOGICA LTDA

CNPJ: 15.038.776/0001-78

CC: GERAL

Mensalista

Folha Mensal

Outubro de 2023

Código

7956

Nome do Funcionário

ISRAEL JOSE JARDIM JUNIOR

SOCIO

CBO

123110

Departamento

3

Filial

1

Admissão:

01/09/2017

| Código | Descrição | Referência | Vencimentos | Descontos |
|--------|-----------------|------------|-------------|-----------|
| 9380 | PRO-LABORE DIAS | 31,00 | 1.996,00 | |
| 843 | INSS EMPREGADOR | 11,00 | | 219,56 |

Matricula INSS:

999.999.999,00

Total de Vencimentos

1.996,00

Total de Descontos

219,56

Valor Líquido

➡

1.776,44

Salário Base

1.996,00

Sal. Contr. INSS

1.996,00

Base Cálc. FGTS

0,00

F.G.T.S do Mês

0,00

Base Cálc. IRRF

1.468,00

Faixa IRRF

0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

____/____/____

| | | | | | | |
|-------------------------------------|--------------------------------|------------|--------------|-----------|-----------------|--|
| BELO RISO CLINICA ODONTOLOGICA LTDA | | | CC: GERAL | | Folha Mensal | |
| CNPJ: 15.038.776/0001-78 | | | Mensalista | | Outubro de 2023 | |
| Código | Nome do Funcionário | CBO | Departamento | Filial | | |
| 9211 | KEILA LUCIA COSTA | 411005 | 6 | 1 | | |
| AUXILIAR ADMINISTRATIVO | | | Admissão: | | 22/03/2022 | |
| Código | Descrição | Referência | Vencimentos | Descontos | | |
| 8781 | DIAS NORMAIS | 31,00 | 1.900,00 | | | |
| 9382 | CREDITO CESTA BASICA | 111,34 | 111,34 | | | |
| 16 | INSALUBRIDADE 20% | 20,00 | 264,00 | | | |
| 998 | I.N.S.S. | 8,13 | | 184,98 | | |
| 252 | VALE TRANSPORTE 6% COMPARATIVO | 0,00 | | 114,00 | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

| | | | | | | |
|-------------------------------------|---------------------|--------|--------------|--------|-----------------|--|
| BELO RISO CLINICA ODONTOLOGICA LTDA | | | CC: GERAL | | Folha Mensal | |
| CNPJ: 15.038.776/0001-78 | | | Mensalista | | Outubro de 2023 | |
| Código | Nome do Funcionário | CBO | Departamento | Filial | | |
| 9211 | KEILA LUCIA COSTA | 411005 | 6 | 1 | | |
| AUXILIAR ADMINISTRATIVO | | | Admissão: | | 22/03/2022 | |

| Código | Descrição | Referência | Vencimentos | Descontos |
|--------|--------------------------------|------------|-------------|-----------|
| 8781 | DIAS NORMAIS | 31,00 | 1.900,00 | |
| 9382 | CREDITO CESTA BASICA | 111,34 | 111,34 | |
| 16 | INSALUBRIDADE 20% | 20,00 | 264,00 | |
| 998 | I.N.S.S. | 8,13 | | 184,98 |
| 252 | VALE TRANSPORTE 6% COMPARATIVO | 0,00 | | 114,00 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| </ | | | | |

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

| | | | | |
|-------------------------------------|----------------------|----------------------|--------------|-----------------|
| BELO RISO CLINICA ODONTOLOGICA LTDA | | | | |
| CNPJ: 15.038.776/0001-78 | | CC: GERAL | | Folha Mensal |
| | | Mensalista | | Outubro de 2023 |
| Código | Nome do Funcionário | CBO | Departamento | Filial |
| 8362 | MARILZA LOPES JARDIM | 123110 | 3 | 1 |
| SOCIO | | Admissão: 01/09/2017 | | |

| | | | | |
|--------|-----------------|------------|-------------|-----------|
| Código | Descrição | Referência | Vencimentos | Descontos |
| 9380 | PRO-LABORE DIAS | 31,00 | 1.996,00 | |
| 843 | INSS EMPREGADOR | 11,00 | | 219,56 |

| | | | |
|-----------------|--|----------------------|--------------------|
| Matrícula INSS: | | Total de Vencimentos | Total de Descontos |
| 999.999.999,00 | | 1.996,00 | 219,56 |
| | | Valor Líquido ➡ | 1.776,44 |

| | | | | | |
|--------------|------------------|-----------------|----------------|-----------------|------------|
| Salário Base | Sal. Contr. INSS | Base Cálc. FGTS | F.G.T.S do Mês | Base Cálc. IRRF | Faixa IRRF |
| 1.996,00 | 1.996,00 | 0,00 | 0,00 | 1.468,00 | 0,00 |

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

_____/_____/_____
Data

| | | | | |
|-------------------------------------|----------------------|----------------------|--------------|-----------------|
| BELO RISO CLINICA ODONTOLOGICA LTDA | | | | |
| CNPJ: 15.038.776/0001-78 | | CC: GERAL | | Folha Mensal |
| | | Mensalista | | Outubro de 2023 |
| Código | Nome do Funcionário | CBO | Departamento | Filial |
| 8362 | MARILZA LOPES JARDIM | 123110 | 3 | 1 |
| SOCIO | | Admissão: 01/09/2017 | | |

| | | | | |
|--------|-----------------|------------|-------------|-----------|
| Código | Descrição | Referência | Vencimentos | Descontos |
| 9380 | PRO-LABORE DIAS | 31,00 | 1.996,00 | |
| 843 | INSS EMPREGADOR | 11,00 | | 219,56 |

| | | | |
|-----------------|--|----------------------|--------------------|
| Matrícula INSS: | | Total de Vencimentos | Total de Descontos |
| 999.999.999,00 | | 1.996,00 | 219,56 |
| | | Valor Líquido ➡ | 1.776,44 |

| | | | | | |
|--------------|------------------|-----------------|----------------|-----------------|------------|
| Salário Base | Sal. Contr. INSS | Base Cálc. FGTS | F.G.T.S do Mês | Base Cálc. IRRF | Faixa IRRF |
| 1.996,00 | 1.996,00 | 0,00 | 0,00 | 1.468,00 | 0,00 |

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

_____/_____/_____
Data

| | | | | | | | |
|-------------------------------------|------------------------------|------------------|------------------|----------------|----------------------|-----------------|--------------------|
| BELO RISO CLINICA ODONTOLOGICA LTDA | | | | CC: GERAL | | Folha Mensal | |
| CNPJ: 15.038.776/0001-78 | | | | Mensalista | | Outubro de 2023 | |
| Código | Nome do Funcionário | | | CBO | Departamento | Filial | |
| 9214 | MYLENA FIGUEIREDO DE ANDRADE | | | 322415 | 6 | 1 | |
| | AUXILIAR DE SAUDE BUCAL | | | Admissão: | | 01/02/2023 | |
| Código | Descrição | | | Referência | Vencimentos | | Descontos |
| 8781 | DIAS NORMAIS | | | 31,00 | 1.700,24 | | 167,00 |
| 9382 | CREDITO CESTA BASICA | | | 111,34 | 111,34 | | |
| 16 | INSALUBRIDADE 20% | | | 20,00 | 264,00 | | |
| 998 | I.N.S.S. | | | 8,05 | | | |
| 999.999.999,00 | | | | | Total de Vencimentos | | Total de Descontos |
| | | | | | 2.075,58 | | 167,00 |
| | | | | | Valor Líquido | ➡ | 1.908,58 |
| Salário Base | | Sal. Contr. INSS | Base Cálcl. FGTS | F.G.T.S do Mês | Base Cálcl. IRRF | | Faixa IRRF |
| 1.700,24 | | 2.075,58 | 2.075,58 | 166,04 | 1.547,58 | | 0,00 |

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

| | | | | | | | |
|-------------------------------------|------------------------------|--|--|------------|--------------|-----------------|--|
| BELO RISO CLINICA ODONTOLOGICA LTDA | | | | CC: GERAL | | Folha Mensal | |
| CNPJ: 15.038.776/0001-78 | | | | Mensalista | | Outubro de 2023 | |
| Código | Nome do Funcionário | | | CBO | Departamento | Filial | |
| 9214 | MYLENA FIGUEIREDO DE ANDRADE | | | 322415 | 6 | 1 | |
| | AUXILIAR DE SAUDE BUCAL | | | Admissão: | 01/02/2023 | | |

| Código | Descrição | Referência | Vencimentos | Descontos |
|----------------|----------------------|------------|----------------------|--------------------|
| 8781 | DIAS NORMAIS | 31,00 | 1.700,24 | 167,00 |
| 9382 | CREDITO CESTA BASICA | 111,34 | 111,34 | |
| 16 | INSALUBRIDADE 20% | 20,00 | 264,00 | |
| 998 | I.N.S.S. | 8,05 | | |
| | | | Total de Vencimentos | Total de Descontos |
| | | | 2.075,58 | 167,00 |
| 999.999.999,00 | | | Valor Líquido ➡ | 1.908,58 |

| | | | | | |
|--------------|------------------|------------------|----------------|------------------|------------|
| Salário Base | Sal. Contr. INSS | Base Cálcl. FGTS | F.G.T.S do Mês | Base Cálcl. IRRF | Faixa IRRF |
| 1.700,24 | 2.075,58 | 2.075,58 | 166,04 | 1.547,58 | 0,00 |

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

| | | | | | |
|-------------------------------------|------------------------------------|----------------|----------------------|--------------------|-----------------|
| BELO RISO CLINICA ODONTOLOGICA LTDA | | | | | |
| CNPJ: 15.038.776/0001-78 | | | CC: GERAL | | Folha Mensal |
| | | | Mensalista | | Outubro de 2023 |
| Código | Nome do Funcionário | CBO | Departamento | Filial | |
| 7871 | SOLANGE PINHEIRO DE SOUZA DA SILVA | 422105 | 2 | 1 | |
| RECEPCIONISTA(O) | | | Admissão: | | 24/04/2017 |
| Código | Descrição | Referência | Vencimentos | Descontos | |
| 8781 | DIAS NORMAIS | 31,00 | 1.770,50 | | |
| 9382 | CREDITO CESTA BASICA | 111,34 | 111,34 | | |
| 16 | INSALUBRIDADE 20% | 20,00 | 264,00 | | |
| 998 | I.N.S.S. | 8,08 | | 173,32 | |
| 252 | VALE TRANSPORTE 6% COMPARATIVO | 0,00 | | 106,23 | |
| | | | Total de Vencimentos | Total de Descontos | |
| | | | 2.145,84 | 279,55 | |
| 999.999.999,00 | | | Valor Líquido ➡ | 1.866,29 | |
| Salário Base | Sal. Contr. INSS | Base Cál. FGTS | F.G.T.S do Mês | Base Cál. IRRF | Faixa IRRF |
| 1.770,50 | 2.145,84 | 2.145,84 | 171,66 | 1.617,84 | 0,00 |

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

| | | | | | |
|-------------------------------------|------------------------------------|----------------|----------------------|--------------------|-----------------|
| BELO RISO CLINICA ODONTOLOGICA LTDA | | | | | |
| CNPJ: 15.038.776/0001-78 | | | CC: GERAL | | Folha Mensal |
| | | | Mensalista | | Outubro de 2023 |
| Código | Nome do Funcionário | CBO | Departamento | Filial | |
| 7871 | SOLANGE PINHEIRO DE SOUZA DA SILVA | 422105 | 2 | 1 | |
| RECEPCIONISTA(O) | | | Admissão: | | 24/04/2017 |
| Código | Descrição | Referência | Vencimentos | Descontos | |
| 8781 | DIAS NORMAIS | 31,00 | 1.770,50 | | |
| 9382 | CREDITO CESTA BASICA | 111,34 | 111,34 | | |
| 16 | INSALUBRIDADE 20% | 20,00 | 264,00 | | |
| 998 | I.N.S.S. | 8,08 | | 173,32 | |
| 252 | VALE TRANSPORTE 6% COMPARATIVO | 0,00 | | 106,23 | |
| | | | Total de Vencimentos | Total de Descontos | |
| | | | 2.145,84 | 279,55 | |
| 999.999.999,00 | | | Valor Líquido ➡ | 1.866,29 | |
| Salário Base | Sal. Contr. INSS | Base Cál. FGTS | F.G.T.S do Mês | Base Cál. IRRF | Faixa IRRF |
| 1.770,50 | 2.145,84 | 2.145,84 | 171,66 | 1.617,84 | 0,00 |

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

| | | | | | |
|-------------------------------------|----------------------------------|-----------|--------------|-----------------|--|
| BELO RISO CLINICA ODONTOLOGICA LTDA | | | | Folha Mensal | |
| CNPJ: 15.038.776/0001-78 | | | | Outubro de 2023 | |
| CC: GERAL | | | | Mensalista | |
| Código | Nome do Funcionário | CBO | Departamento | Filial | |
| 9212 | VANIA BEATRIZ FRANCISCO DA SILVA | 514320 | 6 | 1 | |
| AUXILIAR DE LIMPEZA | | Admissão: | | 01/04/2022 | |

| Código | Descrição | Referência | Vencimentos | Descontos | |
|----------------|--------------------------------|----------------|----------------------|--------------------|------------|
| 8781 | DIAS NORMAIS | 31,00 | 792,00 | | |
| 9382 | CREDITO CESTA BASICA | 111,34 | 111,34 | | |
| 16 | INSALUBRIDADE 20% | 20,00 | 264,00 | | |
| 263 | VALE AVULSO | 80,00 | | 80,00 | |
| 998 | I.N.S.S. | 7,50 | | 87,55 | |
| 252 | VALE TRANSPORTE 6% COMPARATIVO | 0,00 | | 47,52 | |
| | | | Total de Vencimentos | Total de Descontos | |
| | | | 1.167,34 | 215,07 | |
| 999.999.999,00 | | | Valor Líquido ➡ | 952,27 | |
| Salário Base | Sal. Contr. INSS | Base Cál. FGTS | F.G.T.S do Mês | Base Cál. IRRF | Faixa IRRF |
| 792,00 | 1.167,34 | 1.167,34 | 93,38 | 639,34 | 0,00 |

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

| | | | | | |
|-------------------------------------|----------------------------------|-----------|--------------|-----------------|--|
| BELO RISO CLINICA ODONTOLOGICA LTDA | | | | Folha Mensal | |
| CNPJ: 15.038.776/0001-78 | | | | Outubro de 2023 | |
| CC: GERAL | | | | Mensalista | |
| Código | Nome do Funcionário | CBO | Departamento | Filial | |
| 9212 | VANIA BEATRIZ FRANCISCO DA SILVA | 514320 | 6 | 1 | |
| AUXILIAR DE LIMPEZA | | Admissão: | | 01/04/2022 | |

| Código | Descrição | Referência | Vencimentos | Descontos |
|----------------|--------------------------------|------------|----------------------|--------------------|
| 8781 | DIAS NORMAIS | 31,00 | 792,00 | |
| 9382 | CREDITO CESTA BASICA | 111,34 | 111,34 | |
| 16 | INSALUBRIDADE 20% | 20,00 | 264,00 | |
| 263 | VALE AVULSO | 80,00 | | 80,00 |
| 998 | I.N.S.S. | 7,50 | | 87,55 |
| 252 | VALE TRANSPORTE 6% COMPARATIVO | 0,00 | | 47,52 |
| | | | Total de Vencimentos | Total de Descontos |
| | | | 1.167,34 | 215,07 |
| 999.999.999,00 | | | Valor Líquido ➡ | 952,27 |

| | | | | | |
|--------------|------------------|----------------|----------------|----------------|------------|
| Salário Base | Sal. Contr. INSS | Base Cál. FGTS | F.G.T.S do Mês | Base Cál. IRRF | Faixa IRRF |
| 792,00 | 1.167,34 | 1.167,34 | 93,38 | 639,34 | 0,00 |

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data