



REQUERIMENTO

Informações do requerente:

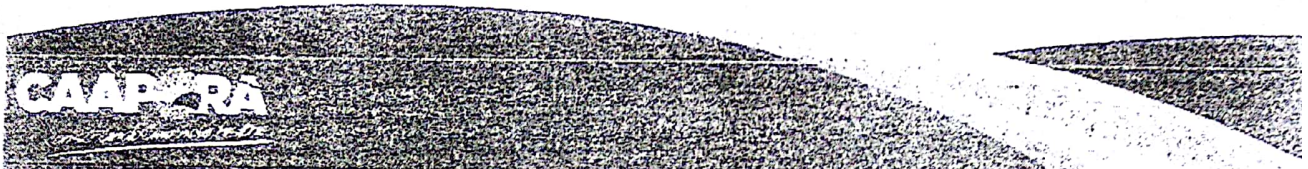
Nome: <i>Jerônimo de Lima Gencalves</i>			
CPF/CNPJ: <i>84.259.944-68</i>	Estado civil: <i>casado</i>	Telefone: <i>99170-6246</i>	
Endereço: <i>Das Orquídeas</i>			
Bairro: <i>Conf. Mangabina</i>	Cidade: <i>Caaporã</i>	UF: <i>SP</i>	CEP: <i>58.326</i>
Cargo: <i>Sec. de Enfermagem</i>	Lotação: <i>Secretaria de Saúde</i>	Matricula: <i>0710</i>	
E-mail: <i>JerimideLima@gmail.com</i>		RG: <i>15.698-58</i>	

Venho requerer de Vossa Senhoria:

<input type="checkbox"/>	Certidão
<input type="checkbox"/>	Licença prêmio
<input type="checkbox"/>	Licença sem vencimento
<input type="checkbox"/>	Férias
<input checked="" type="checkbox"/>	Outros – Especificar
Justificativa/ Exposição de Motivos/ Outras Informações Complementares: <i>Solicito adicional noturno e salubridade, trabalho na área de saúde e multa recelera, sei que tenho direito por trabalho na área de saúde.</i>	

Caaporã, 06 de 02 de 2019

Jerônimo de Lima Gencalves
ASSINATURA DO REQUERENTE





MUNICIPIO DE CAAPORA
 CNPJ: 08.865.644/0001-54
 Demonstrativo de Pagamento de Salário
 Referente: 11/2018



Matrícula	140			
Nome	JOSINEIDE DE LIMA GONCALVES			
CPF	PIS/PASEP	Dep. IRRF	Dep. S. F.	Banco
840.258.914-68	170.64863.49.7	1	1	104
Agência	1033-2			
Conta	21632-2 001			
Orgão/Secretaria	03152 SAUDE - HOSPITAL ANA VIRGINIA			
Unid. Trabalho/Lotação	03152 SAUDE - HOSPITAL ANA VIRGINIA			
Cargo/Benefício	0033 AUXILIAR DE ENFERMAGEM			
Nome do Instituidor do Benefício	288,20			
Data Admissão	08/01/1992			
Regime	EST			
Tempo de Serviço	26 anos e 11 meses			
Margem Consignável	288,20			

Código	Descrição	Ref.	Limite	Vantagens	Descontos
1100	VENCIMENTOS	30		954,00	
1500	SALARIO FAMILIA IPSC	30		31,71	
1796	FUNÇÃO GRATIFICADA LEI 720	30		349,00	
2103	PREVIDENCIA PROPRIA	30			104,94

Total de Vencimentos	1.331,71	Total de Descontos	104,94	Valor Líquido a Receber	1.226,77
----------------------	----------	--------------------	--------	-------------------------	----------

Mensagem geral: Mensagem individual:

Data: / / Assinatura



MUNICIPIO DE CAAPORA
 CNPJ: 08.865.644/0001-54
 Demonstrativo de Pagamento de Salário
 Referente: 11/2018



Matrícula	140			
Nome	JOSINEIDE DE LIMA GONCALVES			
CPF	PIS/PASEP	Dep. IRRF	Dep. S. F.	Banco
840.258.914-68	170.64863.49.7	1	1	104
Agência	1033-2			
Conta	21632-2 001			
Orgão/Secretaria	03152 SAUDE - HOSPITAL ANA VIRGINIA			
Unid. Trabalho/Lotação	03152 SAUDE - HOSPITAL ANA VIRGINIA			
Cargo/Benefício	0033 AUXILIAR DE ENFERMAGEM			
Nome do Instituidor do Benefício	288,20			
Data Admissão	08/01/1992			
Regime	EST			
Tempo de Serviço	26 anos e 11 meses			
Margem Consignável	288,20			

Código	Descrição	Ref.	Limite	Vantagens	Descontos
1100	VENCIMENTOS	30		954,00	
1500	SALARIO FAMILIA IPSC	30		31,71	
1796	FUNÇÃO GRATIFICADA LEI 720	30		349,00	
2103	PREVIDENCIA PROPRIA	30			104,94

Total de Vencimentos	1.331,71	Total de Descontos	104,94	Valor Líquido a Receber	1.226,77
----------------------	----------	--------------------	--------	-------------------------	----------

Mensagem geral: Mensagem individual:

Data: / / Assinatura