

**MUNICIPIO DE CAAPORA****CNPJ: 08.865.644/0001-54****Demonstrativo de Pagamento de Salário****Referente: 02/2020**

Matrícula 139	Nome JOSEFA BERNARDO COUTINHO					
CPF 611.975.054-15	PIS/PASEP 170.64863.41.1	Dep. IRRF 1	Dep. S. F. 1	Banco 001	Agência 3815-6	Conta 23630-6
Órgão/Secretaria 03152 SAUDE - HOSPITAL ANA VIRGINIA					Data Admissão 08/01/1992	
Unid. Trabalho/Lotação 03152 SAUDE - HOSPITAL ANA VIRGINIA					Regime EST	
Cargo/Benefício 0033 AUXILIAR DE ENFERMAGEM				Tempo de Serviço 28 anos e 02 meses		
Nome do Instituidor do Benefício				Margem Consignável 313,50		

Código	Descrição	Ref.	Limite	Vantagens	Descontos
1100	VENCIMENTOS	30		1.045,00	
1239	GRAT. INSALUBRIDADE 20% - LEI 718	30		209,00	
1796	FUNÇÃO GRATIFICADA LEI 720	30		302,00	
2103	PREVIDENCIA PROPRIA	30			114,95
2200	EMPREST. CONSIG. BRADESCO	6	70		296,99
2400	ASSIST.ODONT-UNIDENTIS	30			43,00

Total de Vencimentos	1.556,00	Total de Descontos	454,94	Valor Líquido a Receber	1.101,06
----------------------	----------	--------------------	--------	-------------------------	----------

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

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

**MUNICIPIO DE CAAPORA****CNPJ: 08.865.644/0001-54****Demonstrativo de Pagamento de Salário****Referente: 02/2020**

Matrícula 139	Nome JOSEFA BERNARDO COUTINHO					
CPF 611.975.054-15	PIS/PASEP 170.64863.41.1	Dep. IRRF 1	Dep. S. F. 1	Banco 001	Agência 3815-6	Conta 23630-6
Órgão/Secretaria 03152 SAUDE - HOSPITAL ANA VIRGINIA					Data Admissão 08/01/1992	
Unid. Trabalho/Lotação 03152 SAUDE - HOSPITAL ANA VIRGINIA					Regime EST	
Cargo/Benefício 0033 AUXILIAR DE ENFERMAGEM				Tempo de Serviço 28 anos e 02 meses		
Nome do Instituidor do Benefício				Margem Consignável 313,50		

Código	Descrição	Ref.	Limite	Vantagens	Descontos
1100	VENCIMENTOS	30		1.045,00	
1239	GRAT. INSALUBRIDADE 20% - LEI 718	30		209,00	
1796	FUNÇÃO GRATIFICADA LEI 720	30		302,00	
2103	PREVIDENCIA PROPRIA	30			114,95
2200	EMPREST. CONSIG. BRADESCO	6	70		296,99
2400	ASSIST.ODONT-UNIDENTIS	30			43,00

Total de Vantagens	1.556,00	Total de Descontos	454,94	Valor Líquido a Receber	1.101,06
--------------------	----------	--------------------	--------	-------------------------	----------

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

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