

**MUNICIPIO DE CAAPORA****CNPJ: 08.865.644/0001-54****Demonstrativo de Pagamento de Salário****Referente: 09/2019**

Matrícula 5175	Nome HELENA CESAR DE LIMA					
CPF 856.779.574-53	PIS/PASEP 190.14282.76.4	Dep. IRRF 3	Dep. S. F. 0	Banco 104	Agência 1033-2	Conta 00004380-1 037

Órgão/Secretaria 02105 SEC. DE SAUDE (PSF)	Data Admissão 01/06/2004
---	-----------------------------

Unid. Trabalho/Lotação 02105 SEC. DE SAUDE (PSF)	Regime EST
---	---------------

Cargo/Benefício 0033 AUXILIAR DE ENFERMAGEM	Tempo de Serviço 15 anos e 04 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		199,60	
1778	GRAT. PROGRAMA SAÚDE LC 01-12 ART.44	30		468,50	
2103	PREVIDENCIA PROPRIA	30			109,78
2200	EMPREST. CONSIG. BRADESCO	3	72		241,91

Total de Vencimentos 1.666,10	Total de Descontos 351,69	Valor Líquido a Receber 1.314,41
----------------------------------	------------------------------	-------------------------------------

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

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

**MUNICIPIO DE CAAPORA****CNPJ: 08.865.644/0001-54****Demonstrativo de Pagamento de Salário****Referente: 09/2019**

Matrícula 5175	Nome HELENA CESAR DE LIMA					
CPF 856.779.574-53	PIS/PASEP 190.14282.76.4	Dep. IRRF 3	Dep. S. F. 0	Banco 104	Agência 1033-2	Conta 00004380-1 037

Órgão/Secretaria 02105 SEC. DE SAUDE (PSF)	Data Admissão 01/06/2004
---	-----------------------------

Unid. Trabalho/Lotação 02105 SEC. DE SAUDE (PSF)	Regime EST
---	---------------

Cargo/Benefício 0033 AUXILIAR DE ENFERMAGEM	Tempo de Serviço 15 anos e 04 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		199,60	
1778	GRAT. PROGRAMA SAÚDE LC 01-12 ART.44	30		468,50	
2103	PREVIDENCIA PROPRIA	30			109,78
2200	EMPREST. CONSIG. BRADESCO	3	72		241,91

Total de Vantagens 1.666,10	Total de Descontos 351,69	Valor Líquido a Receber 1.314,41
--------------------------------	------------------------------	-------------------------------------

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

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