

ANESTESIA CARIOCA SERVICOS MEDICOS LTDA CNPJ: 11.425.605/0001-40
 AVENIDA AV ERNANI DO AMARAL PEIXOTO 300 APT 702 CC: GERAL Folha Mensal
 CENTRO NITEROI-RJ Mensalista Novembro de 2023

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
514	RHUAN CESAR DA SILVA ANALISTA DE SISTEMA JUNIOR	212405	1	1
		Admissão:	01/11/2022	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	3.000,00	
221	AJUDA DE CUSTO	75,00	75,00	
291	REFEIÇÃO-ALIMENTAÇÃO	0,50		0,50
998	I.N.S.S.	8,77		263,05
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		27,00
213	PLANO DE SAUDE	0,50		0,50

Pagamento do salário deve ser efetuado até o 5° dia útil, considerar o sábado, excluindo domingo e feriado, inclusive municipal/ Proibido fornecer o V.T em dinheiro/ Verificar o venc do Atestado Medico e Férias/ No recebimento deste datar e assinar.	Total de Vencimentos	Total de Descontos
	3.075,00	291,05
	Valor Líquido →	2.783,95

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
3.000,00	3.000,00	3.000,00	240,00	2.736,95	7,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ANESTESIA CARIOCA SERVICOS MEDICOS LTDA CNPJ: 11.425.605/0001-40
 AVENIDA AV ERNANI DO AMARAL PEIXOTO 300 APT 702 CC: GERAL Folha Mensal
 CENTRO NITEROI-RJ Mensalista Novembro de 2023

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
514	RHUAN CESAR DA SILVA ANALISTA DE SISTEMA JUNIOR	212405	1	1
		Admissão:	01/11/2022	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	3.000,00	
221	AJUDA DE CUSTO	75,00	75,00	
291	REFEIÇÃO-ALIMENTAÇÃO	0,50		0,50
998	I.N.S.S.	8,77		263,05
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		27,00
213	PLANO DE SAUDE	0,50		0,50

Pagamento do salário deve ser efetuado até o 5° dia útil, considerar o sábado, excluindo domingo e feriado, inclusive municipal/ Proibido fornecer o V.T em dinheiro/ Verificar o venc do Atestado Medico e Férias/ No recebimento deste datar e assinar.	Total de Vencimentos	Total de Descontos
	3.075,00	291,05
	Valor Líquido →	2.783,95

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
3.000,00	3.000,00	3.000,00	240,00	2.736,95	7,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data