

(50)

Comp 018 Banco 001 Agência 0303 DV 7 C1 4 Conta 53.010-7 C2 3 Série 800 Cheque N.º 651203 C3 9 R\$ 575,00
 018 001 0303 7 4 53.010-7 3 800 651203 9

Pague por este cheque a quantia de Quinhentos e setenta e cinco reais

a requis e centavos acima
ELIANE MOREIRA DA SILVA ou à sua ordem



EMPRESA CINDU MG
 00 000 000/0000 00

CONF/ECCAC 03/2018

Contagem B de obrig de 13
Maria do Carmo Sara Freire
 CENTRO DE EDUCACAO INFANTIL MARIA DE LOURDES GONCALVES
 CNPJ 18.261.578/0001-67
 CLIENTE BANCARIO DESDE 04/1987

⑆000405037⑆ 01885126354 100005381678⑆

00048 CENTRO DE EDUCACAO INFANTIL MARIA DE LOUR		Demonstrativo de Pagamento de Salário			
R DIOGENES NOGUEIRA, 128					
01/03/2018 a 31/03/2018		GERAL	18261578000167		
000013 ELIANE MOREIRA DA SILVA		COORDENADOR(A) PEDAGOGICO			
Cód.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
001	Salario Base	011,00	668,43		
999	Arredondamento no Mes		0,15		
604	Desc Vale Transporte			40,11	
903	INSS Folha			53,47	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;"> ATESTO QUE O SERVIÇO FOI PRESTADO E/OU MA- TERIAL FORNECIDO <u>13.04.2018</u> <u>M-7232165</u> </div>					
Felicidades no seu Aniversário.			668,58	93,58	
			Valor Líquido	575,00	
Saldo Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.823,00	668,43	8,00	668,43	614,96	
DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTANCIA LIQUIDA DISCRIMINADA NESTE RECIBO					
<u>13.04.2018</u> DATA			<u>[Assinatura]</u> ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO		

céu Cartão de Ponto

Nº ORDEM	FUNÇÃOÁRIO	MÊS / ANO
H. NORMAIS	H. EXTRAS	
FALTAS	H. NOTURNAS	
OSR	VISTO	
OBSERVAÇÃO		

2ª Quinzena

Dia	ENT	SAI	ENT	SAI	ENT	SAI	Total
16							
17							
18							
19							
20	07:00	12:00	13:00	16:00			
21	07:00	12:00	13:00	16:00			
22	07:00	12:00	13:00	16:00			
23	x						
24	x						
25	x						
26	07:00	12:00	13:00	16:00			
27	07:00	12:00	13:00	16:00			
28	07:00	12:00	13:00	16:00			
29	x						
30	x						
31	x						

Reconheço a exatidão destes registros.

[Handwritten Signature]
Assinatura do Funcionário

céu Cartão de Ponto

Nº ORDEM	FUNÇÃOÁRIO	MÊS / ANO		
LOCAL TRAB.	Nº REGISTRO			
Nº CTPS	CARGO			
HOR. TRAB.	ENTRADA	INTERVALO REF	SAÍDA	REP. SEMAN
EMPREGADOR / CNPJ				
OBSERVAÇÃO				

1ª Quinzena

Dia	ENT	SAI	ENT	SAI	ENT	SAI	Total
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							