

0037 - ICCO INSTITUTO CLINICO CIRURGICO OFTALMO AV IBIRAPUERA, 2907 - SALA A 1002 - T - SAO PAULO 08.388.049/0001-75				Recibo de Pagamento de Salário JULHO/2025 Data do Crédito: 06/08/2025		
Código - Nome do Funcionário		Data Admissão	C.B.O.	0001/0000/0000	Fl.	
000007 - TAIRINE DE MOURA		27/01/2020	4110-05	ICCO	1	
Cód.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos		
0001	SALÁRIO	30,0000	2.559,00			
1480	ARREDONDAMENTO ATUAL	2,0000	0,33			
5610	ADIANTAMENTO (VALE)	40,0000		1.023,60		
5660	ARREDONDAMENTO ANTERIOR			0,79		
8951	DESC. ARREDONDAMENTO ADIANTAME			0,40		
9860	I.N.S.S.	9,0000		207,54		
			Total de Vencimentos	Total de Descontos		
			2.559,33	1.232,33		
			<b>TOTAL LÍQUIDO</b>	1.327,00		
CTPS n. 039521 /00357 - CPF: 384.760.908-46 - Data Nasc.: 09/04/1992 BCO.: - AG.: - - C/C: - - CARGO: AUX ADMINISTRATIVO R.G.: 494807957 T.P.: MENSALISTA						
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	F.G.T.S. do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF	Base Cál. IR. S/Fer. MP927
2.559,00	2.559,00	2.559,00	204,72	1.951,80	0,00	0,00
DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE RECIBO						
			___/___/___	_____		
			DATA	ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO		

0037 - ICCO INSTITUTO CLINICO CIRURGICO OFTALMO AV IBIRAPUERA, 2907 - SALA A 1002 - T - SAO PAULO 08.388.049/0001-75				Demonstrativo de Pagamento de Salário JULHO/2025 Data do Crédito: 06/08/2025		
Código - Nome do Funcionário		Data Admissão	C.B.O.	0001/0000/0000	Fl.	
000007 - TAIRINE DE MOURA		27/01/2020	4110-05	ICCO	1	
Cód.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos		
0001	SALÁRIO	30,0000	2.559,00			
1480	ARREDONDAMENTO ATUAL	2,0000	0,33			
5610	ADIANTAMENTO (VALE)	40,0000		1.023,60		
5660	ARREDONDAMENTO ANTERIOR			0,79		
8951	DESC. ARREDONDAMENTO ADIANTAME			0,40		
9860	I.N.S.S.	9,0000		207,54		
			Total de Vencimentos	Total de Descontos		
			2.559,33	1.232,33		
			<b>TOTAL LÍQUIDO</b>	1.327,00		
CTPS n. 039521 /00357 - CPF: 384.760.908-46 - Data Nasc.: 09/04/1992 BCO.: - AG.: - - C/C: - - CARGO: AUX ADMINISTRATIVO R.G.: 494807957 T.P.: MENSALISTA						
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	F.G.T.S. do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF	Base Cál. IR. S/Fer. MP927
2.559,00	2.559,00	2.559,00	204,72	1.951,80	0,00	0,00
DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE RECIBO						
			___/___/___	_____		
			DATA	ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO		

0037 - ICCO INSTITUTO CLINICO CIRURGICO OFTALMO AV IBIRAPUERA, 2907 - SALA A 1002 - T - SAO PAULO 08.388.049/0001-75				Recibo de Pagamento de Salário JULHO/2025 Data do Crédito: 06/08/2025		
Código - Nome do Funcionário		Data Admissão	C.B.O.	0001/0000/0000	Fl.	
000008 - DANIELLE BRITO MIRANDA SILVA		01/01/2021	2521-05	ICCO	1	
Cód.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos		
4992	CONTRIB. INDIVIDUAL-PRO LABORE	1,0000	5.000,00			
9860	I.N.S.S.	11,0000		550,00		
9870	I.R.R.F.	22,5000		312,89		
			Total de Vencimentos	Total de Descontos		
			5.000,00	862,89		
			<b>TOTAL LÍQUIDO</b>	<b>4.137,11</b>		
CTPS n. 001802 /0027 - CPF: 549.610.845-49 - Data Nasc.: 01/07/1968						
BCO.: - AG.: - - C/C: - - CARGO: SOCIA						
R.G.: 4018948 T.P.: PRÓ-LABORE						
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	F.G.T.S. do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF	Base Cál. IR. S/Fer. MP927
5.000,00	5.000,00	0,00	0,00	4.392,80	22,50	0,00
DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE RECIBO						
			___/___/___	_____		
			DATA	ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO		

0037 - ICCO INSTITUTO CLINICO CIRURGICO OFTALMO AV IBIRAPUERA, 2907 - SALA A 1002 - T - SAO PAULO 08.388.049/0001-75				Demonstrativo de Pagamento de Salário JULHO/2025 Data do Crédito: 06/08/2025		
Código - Nome do Funcionário		Data Admissão	C.B.O.	0001/0000/0000	Fl.	
000008 - DANIELLE BRITO MIRANDA SILVA		01/01/2021	2521-05	ICCO	1	
Cód.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos		
4992	CONTRIB. INDIVIDUAL-PRO LABORE	1,0000	5.000,00			
9860	I.N.S.S.	11,0000		550,00		
9870	I.R.R.F.	22,5000		312,89		
			Total de Vencimentos	Total de Descontos		
			5.000,00	862,89		
			<b>TOTAL LÍQUIDO</b>	<b>4.137,11</b>		
CTPS n. 001802 /0027 - CPF: 549.610.845-49 - Data Nasc.: 01/07/1968						
BCO.: - AG.: - - C/C: - - CARGO: SOCIA						
R.G.: 4018948 T.P.: PRÓ-LABORE						
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	F.G.T.S. do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF	Base Cál. IR. S/Fer. MP927
5.000,00	5.000,00	0,00	0,00	4.392,80	22,50	0,00
DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE RECIBO						
			___/___/___	_____		
			DATA	ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO		