

EXTRATO DE PAGAMENTO
MÊS: NOV/2024

MATRÍCULA	CPF	NOME	REFERÊNCIA	TIPO FOLHA	ÓRGÃO
46698	408.600.513-15	JOSE NATALICIO MOTA LIMA	NOV/2024	Folha Mensal	SMS ACS

LOTAÇÃO	02 10 10 COORDENADORIA REGIONAL DE SAUDE III	CARGO	02 AGENTE COMUNITARIO DE SAUDE II/001
---------	--	-------	---------------------------------------

DISCRIMINAÇÃO DE VANTAGENS E DESCONTOS

VANTAGENS				
Matrícula	Código	Descrição	Referência	Valor
4669802	3051	INDENIZACAO PRODUT CAMPO		282,40 +
4669802	0085	INCENTIVO A TITULACAO	8,00	261,91 +
4669802	0100	VENCIMENTO	240,00	3.273,82 +
4669802	0105	INSALUBRIDADE	20,00	654,76 +
4669802	0107	ANUENIO	14,00	458,33 +
4669802	0171	AUXILIO REFEICAO	20,00	324,00 +
DESCONTOS				
4669802	0606	FORTALEZA SAUDE-IPM	2,00	92,98 -
4669802	3606	FORTALEZA SAUDE-IPM	2,00	5,65 -
4669802	0698	IPM PREVIFOR - FIN	14,00	559,17 -
4669802	0699	IMPOSTO DE RENDA		319,67 -
4669802	0719	BANCO BRADESCO S/A	060/089	214,70 -
4669802	0719	BANCO BRADESCO S/A	001/104	699,00 -
4669802	0726	SINASCE CONTRIBUICAO		65,48 -

TOTAL DE VANTAGENS	TOTAL DE DESCONTOS	TOTAL LÍQUIDO
5.255,22	1.956,65	3.298,57



Documento emitido pelo Sistema Canal do Servidor do Município de Fortaleza
Este documento possui validade digital pela Prefeitura Municipal de Fortaleza.
Caso seja impresso, acesse <https://servidor.sepog.fortaleza.ce.gov.br/sistema/validar/contracheque> e digite o seguinte código
1nLzIU7Y5S6ioC9TzSj9Hb para comprovar a veracidade deste documento ou utilize o QRcode abaixo: