

**FÉRIAS**

Empresa: CONSELHO REGIONAL DE FARMACIA DE SERGIPE	( 00028 )
CNPJ.: 13075981000188	
Funcionário: ANGELA DA SILVA ANDRADE	( 000019 ) / Depto.: 0001
CTPS: 00028326 / 00008	Admissão: 15/09/2015 Função:ASSESSOR DE TESOUREARIA

**SOLICITAÇÃO DE ABONO**

Até 15 (quinze) dias antes do término do período aquisitivo o empregado solicita a concessão de abono pecuniário.

Data:	Assinatura do Funcionário
Data:	Assinatura da Empresa

**NOTIFICAÇÃO DE FÉRIAS**

Até 30 (trinta) dias antes do início de gozo a empresa acima comunica a concessão das férias abaixo:

Duração	Faltas	Período aquisitivo	Período a ser gozado
30 Dias	00 Dias	15/09/2019 a 14/09/2020	01/07/2020 a 30/07/2020
Data 01/06/2020	Assinatura do Funcionário		
Data 01/06/2020	Assinatura da Empresa		

**RECIBO DE FÉRIAS**

Descrição	Adicional	Desconto
009 FERIAS	1.917,63	
600 ADICIONAL T. SERVIÇO 6%	115,06	
597 1/3 FERIAS	677,56	
902 INSS FÉRIAS		246,85
913 IRRF FERIAS		27,74
Detalhamento do Cálculo do INSS		
Ref. Base Aliq Valor		
07/2020 2.710,25 9,1441% 246,85	*****2.710,25	*****274,59
	Líquido:	*****2.435,66

Recebi a importância de Dois Mil, Quatrocentos e Trinta e Cinco Reais e Sessenta e Seis Centavos \*\*\*\*\*

Data de Pagamento	Assinatura do Funcionário
___/___/___	

Empresa: CONSELHO REGIONAL DE FARMACIA DE SERGIPE ( 00028 )	
CNPJ.: 13075981000188	
Funcionário: FRANCIELLE SOUZA NONATO ( 000027 ) / Depto.: 0001	
CTPS: 00474942 / 00060	Admissão: 20/08/2019   Função:Jornalista(estagiaria)

**SOLICITAÇÃO DE ABONO**

Até 15 (quinze) dias antes do término do período aquisitivo o empregado solicita a concessão de abono pecuniário.

Data:	Assinatura do Funcionário
Data:	Assinatura da Empresa

**NOTIFICAÇÃO DE FÉRIAS**

Até 30 (trinta) dias antes do início de gozo a empresa acima comunica a concessão das férias abaixo:

Duração 30 Dias	Faltas 00 Dias	Período aquisitivo 20/08/2019 a 19/08/2020	Período a ser gozado 01/10/2020 a 30/10/2020
Data 01/09/2020	Assinatura do Funcionário		
Data 01/09/2020	Assinatura da Empresa		

**RECIBO DE FÉRIAS**

Descrição	Adicional	Desconto
057 Bolsa- Auxílio	525,00	
	*****525,00	***** 0,00
	Líquido:	*****525,00

Recebi a importância de Quinhentos e Vinte e Cinco Reais \*\*\*\*\*

Data de Pagamento _ / _ / _	Assinatura do Funcionário
--------------------------------	---------------------------

## FÉRIAS

Empresa: CONSELHO REGIONAL DE FARMACIA DE SERGIPE ( 00028 )

CNPJ.: 13075981000188

Funcionário: ANTONIO VITAL SOUZA C JUNIOR ( 000006 ) / Depto.: 0001

CTPS: 0958733 / 00010 Admissão: 17/06/2004 Função: FISCAL

### SOLICITAÇÃO DE ABONO

Até 15 (quinze) dias antes do término do período aquisitivo o empregado solicita a concessão de abono pecuniário.

Data:	Assinatura do Funcionário
Data:	Assinatura da Empresa

### NOTIFICAÇÃO DE FÉRIAS

Até 30 (trinta) dias antes do início de gozo a empresa acima comunica a concessão das férias abaixo:

Duração	Faltas	Período aquisitivo	Período a ser gozado
30 Dias	00 Dias	17/06/2019 a 16/06/2020	03/11/2020 a 02/12/2020
Data 02/10/2020	Assinatura do Funcionário		
Data 02/10/2020	Assinatura da Empresa		

### RECIBO DE FÉRIAS

Descrição	Adicional	Desconto
009 FERIAS	8.203,01	
600 ADICIONAL T. SERVIÇO 6%	3.445,26	
597 1/3 FERIAS	3.882,76	
602 MENSALIDADE SINDICAL		82,03
902 INSS FÉRIAS		790,87
913 IRRF FERIAS		3.205,58
Detalhamento do Cálculo do INSS		
Ref. Base Aliq. Valor		
11/2020 6.101,06 11,6878% 713,08	*****15.531,03	*****4.078,48
12/2020 1.037,22 7,5000% 77,79		
	Líquido:	*****11.452,55

Recebi a importância de Onze Mil, Quatrocentos e Cinquenta e Dois Reais e Cinquenta e Cinco Centavos \* \* \* \* \*

Data de Pagamento Assinatura do Funcionário

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_



## FÉRIAS

Empresa: CONSELHO REGIONAL DE FARMACIA DE SERGIPE ( 00028 )

CNPJ.: 13075981000188

Funcionário: JACKSON LIMA DA SILVA ( 000003 ) / Depto.: 0001

CTPS: 00014789 / 00008 Admissão: 15/07/2003 Função: AUX. ADMINISTRATIVO

### SOLICITAÇÃO DE ABONO

Até 15 (quinze) dias antes do término do período aquisitivo o empregado solicita a concessão de abono pecuniário.

Data: 30/06/2020	Assinatura do Funcionário
Data: 30/06/2020	Assinatura da Empresa

### NOTIFICAÇÃO DE FÉRIAS

Até 30 (trinta) dias antes do início de gozo a empresa acima comunica a concessão das férias abaixo:

Duração 15 Dias	Faltas 00 Dias	Período aquisitivo 15/07/2019 a 14/07/2020	Período a ser gozado 03/12/2020 a 17/12/2020
Data 03/11/2020	Assinatura do Funcionário		
Data 03/11/2020	Assinatura da Empresa		

### RECIBO DE FÉRIAS

Descrição	Adicional	Desconto
051 GRATIFICAÇÃO PORTARIA 01/2020	333,33	
009 FERIAS	1.362,73	
600 ADICIONAL T. SERVIÇO 6%	572,36	
597 1/3 FERIAS	756,14	
902 INSS FÉRIAS		284,57
Detalhamento do Cálculo do INSS		
Ref. Base Aliq. Valor		
12/2020 3.024,56 9,4086% 284,57	*****3.024,56	*****284,57
	Líquido:	*****2.739,99

Recebi a importância de Dois Mil, Setecentos e Trinta e Nove Reais e Noventa e Nove Centavos \* \* \* \* \*

Data de Pagamento Assinatura do Funcionário

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**FÉRIAS**

Empresa: CONSELHO REGIONAL DE FARMACIA DE SERGIPE ( 00028 )	
CNPJ.: 13075981000188	
Funcionário: ANDRÉ LUIZ ROCHA MELO REZENDE ( 000009 ) / Depto.: 0001	
CTPS: 0003241 / 00008	Admissão: 02/05/2000 Função: ASSISTENTE ADMINISTRATIVO

**SOLICITAÇÃO DE ABONO**

Até 15 (quinze) dias antes do término do período aquisitivo o empregado solicita a concessão de abono pecuniário.

Data: 17/04/2020	Assinatura do Funcionário
Data: 17/04/2020	Assinatura da Empresa

**NOTIFICAÇÃO DE FÉRIAS**

Até 30 (trinta) dias antes do início de gozo a empresa acima comunica a concessão das férias abaixo:

Duração 15 Dias	Faltas 00 Dias	Período aquisitivo 02/05/2019 a 01/05/2020	Período a ser gozado 09/12/2020 a 23/12/2020
Data 09/11/2020	Assinatura do Funcionário		
Data 09/11/2020	Assinatura da Empresa		

**RECIBO DE FÉRIAS**

Descrição	Adicional	Desconto
051 GRATIFICAÇÃO PORTARIA 01/2020	300,00	
009 FERIAS	1.702,06	
600 ADICIONAL T. SERVIÇO 6%	919,13	
597 1/3 FERIAS	973,73	
902 INSS FÉRIAS		404,22
913 IRRF FERIAS		140,37
Detalhamento do Cálculo do INSS		
Ref. 12/2020	Base 3.894,92	Aliq. 10,3781% Valor 404,22
	*****3.894,92	*****544,59
	Líquido:	*****3.350,33

Recebi a importância de Três Mil, Trezentos e Cinquenta Reais e Trinta e Três Centavos \*\*\*\*\*

Data de Pagamento _ / _ / _	Assinatura do Funcionário
--------------------------------	---------------------------