

**1. Fonte Pagadora Pessoa Jurídica**

<b>CNPJ</b> 00.986.621/0001-96	<b>Nome empresarial</b> ESCOLA BOSQUE
-----------------------------------	--

**2. Pessoa Física Beneficiária dos Rendimentos**

<b>CPF</b> 248.284.402-91	<b>Nome completo</b> JOANA CHAGAS DA SILVA
------------------------------	---

**Natureza do rendimento**  
Rendimentos do trabalho assalariado

**3. Rendimentos Tributáveis, Deduções e Imposto sobre a renda Retido na Fonte**

**Valores em reais**

1. Total dos rendimentos (inclusive férias)	23.678,85
2. Contribuição previdência oficial	2.022,40
3. Contribuições a entidades de previdência complementar e a fundos de aposentadoria prog individual (Fapi)	0,00
4. Pensão Alimentícia	0,00
5. Imposto sobre a renda retido na fonte	1,00

**4. Rendimentos Isentos e Não Tributáveis**

**Valores em reais**

1. Parcela isenta dos proventos de aposentadoria, reserva remunerada, reforma e pensão (65 anos ou mais)	0,00
2. Diárias e ajudas de custo	0,00
3. Pensão e proventos de aposent. ou reforma por moléstia grave; proventos de aposentadoria ou reforma por acidente em serviço	0,00
4. Salário Família	0,00
5. Abonos Legais	975,00
6. Pis/Pasep	0,00
7. Abono Pecuniário/Férias Indenizadas	0,00
8. Aviso-Prévio/Acordo/Redutor/CPMF/Outros	0,00

**5. Rendimentos sujeitos a Tributação Exclusiva (rendimento líquido)**

**Valores em reais**

1. Décimo terceiro salário	1.298,68
2. Imposto sobre a renda retido na fonte sobre 13º salário	0,00
3. Outros	0,00

**6. Rendimentos Recebidos Acumuladamente - Art 12-A da Lei nº7.713, de 1988 (sujeito à tributação exclusiva)**

6.1 Número do processo:	<b>Quantidade de meses</b>	0,00
Natureza do rendimento:		<b>Valores em reais</b>
1. Total dos rendimentos tributáveis (inclusive férias e décimo terceiro salário)		0,00
2. Exclusão: despesas com ação judicial		0,00
3. Dedução: Contribuição previdenciária oficial		0,00
4. Dedução: Pensão alimentícia		0,00
5. Imposto sobre a renda retido na fonte		0,00
6. Rendimentos isentos de pensão, proventos de aposentadoria ou reforma por moléstia grave ou aposentadoria ou reforma por acidente em serviço.		0,00

**7. Informações complementares**

**Valores em reais**

PLANO DE SAÚDE	0,00
ASSISTÊNCIA SAÚDE	0,00

**8. Responsável pelas Informações**

Nome	Data	Assinatura
------	------	------------

Aprovado pela IN RFB nº 1.215, de 15 de dezembro de 2011.

**LOTAÇÃO: COORD. ADMINISTRATIVA**