

**1- Fonte Pagadora Pessoa Jurídica**

<b>CNPJ</b> 05.055.009/0006-28	<b>Nome empresarial</b> GBEL
-----------------------------------	---------------------------------

**2-Pessoa Fisica Beneficiária dos rendimentos**

<b>CPF</b> 443.528.242-91	<b>Nome completo</b> JONI BENTES PEREIRA
------------------------------	---

**Natureza do rendimento**  
Rendimento do trabalho assalariado

**3- Rendimento Tributáveis,Deduções e Impostos sobre a renda Retido na Fonte**

**Valores em reais**

1- Total do rendimentos (inclusive férias)	95.031,36
2- Contribuição previdência oficial	8.118,84
3- contribuição a entidades da previdência complementar e a fundos de aposentadoria prong individual (Fapi)	0,00
4- Pensão Alimentícia	0,00
5- Imposto sobre a renda retido na fonte	13.468,68

**4- Rendimento Isento 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-Diária e ajudas de custo	0,00
3-pensão e proventos de aposent. ou reforma por molestia grave; proventos de aposent. ou reforma por acidente em serviço	0,00
4-Salário Família	0,00
5-Abonos Legais	1.736,53
6-Pis/Pasep	0,00
7-Abono Pecuniario / Férias Indenizadas	0,00
8-Aviso-Prévio/Acordo/Redutor/CPMF/Outros	

**5- Rendimento sujeito a Tributação Exclusiva(rendimento liquido)**

**Valores em reais**

1-Décimo terceiro salario	5.505,99
2-Imposto sobre a renda retido na fonte sobre 13º salário	889,36
3-Outros	

**6- Rendimento Recebidos Acumuladamente - Art 12-A da Lei nº 7.713, de 1988 (sujeito a tributação**

<b>6.1- Número do Processo:</b>	<b>Quantidade de meses</b>	0,00
<b>Natureza do rendimento</b>		
<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 previdenciaria oficial		0,00
4-Dedução: Pensão alimentícia		0,00
5-Imposto sobre a renda retido na fonte		0,00
6-Rendimentos insentos 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	10.251,96

**8-Responsável pelas Informações**

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

Aprovado pela IN RFB nº 1.215, de dezembro de 2011

LOTAÇÃO: GUARDA MUNICIPAL