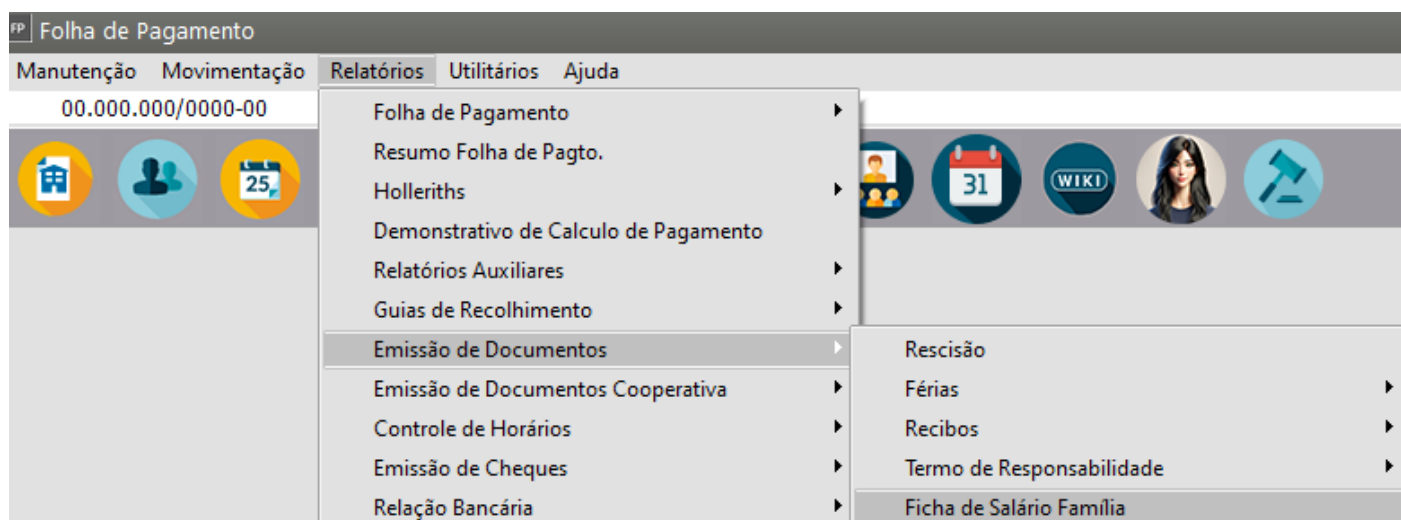


Impressão da Ficha de Salário Família

Veja também os Itens:

- [Cadastrando os Dependentes dos Funcionários](#)
- [Cadastrando os Dependentes dos Sócios e Autônomos](#)
- [Impressão de Termo de Responsabilidade do Salário Família](#)
- [Impressão da Ficha de Salário Família](#)
- [Tabelas de Salário Família](#)

Para imprimir a Ficha de Salário Família acesse o menu **Relatórios>Emissão de Documentos>Ficha de Salário Família**



Selecione o código do Funcionário;

Especifique se deseja visualizar/imprimir a Frente ou Verso assim como o modo impressão Texto ou Gráfico:

FP Impressão da Ficha de Salário Família

Dados Principais | Observações

Funcionário
1 ...

Número de vias
1

Configurações
Impressora
Formulário (col.)
☒ 80 ☐ 132

☒ Frente
☐ Verso

☐ Texto
☒ Gráfico

?
Print
Eye
Folder
Envelope
Document with X

Na aba Observações poderá digitalizar informações a seu critério e será impresso no Verso.



_IMPRIME - Permite que você imprima o relatório, ou seja, o envie pra a impressora



_PREVIEW/VISUALIZA - Permite que você visualize o relatório

Modo Texto (Frente):

PLACES MINORIS DE 14 ANOS = (Dados extraídos dos certificados)

Modo Gráfico (Frente):

Data de Admissão na Empresa : 01/01/2019

Data De Cessão de Relação de Empregado:

FILHOS MENORES DE 14 ANOS - (Dados extraídos das certidões)										
Nº de Orden	Nome do Filho Nº da matrícula	Data Nasdm.	Local Nascimento	Cartório	Nº Reg.	Nº Livr	Nº Folh	Dt Entr Cert.	Baixa	Visto INSS
1	Julia Santos	13/10/15	Rio Claro					02/01/19	13/10/29	
Valor de um Salário Família					Valor Total dos Salário-Família à pagar					
Em ____ de ____ de ____.					Em ____ de ____ de ____.					
Alterado em ____ de ____ de ____.					A partir de ____ de ____ de ____.					
Alterado em ____ de ____ de ____.					A partir de ____ de ____ de ____.					
Alterado em ____ de ____ de ____.					A partir de ____ de ____ de ____.					
Alterado em ____ de ____ de ____.					A partir de ____ de ____ de ____.					
Alterado em ____ de ____ de ____.					A partir de ____ de ____ de ____.					

RECEBI OS DOCUMENTOS ACIMA. DATA DE RESCISÃO: / /

ASSINATURA

Modo Texto (Verso):

ORIGIN: MOORE :

Modo Gráfico (Verso):

ATESTADO DE VACINAÇÃO									
DOSES		VACINAS OBRIGATÓRIAS NO 1º ANO DE VIDA							
		ANTI-PÓLIO	D.P.T.	B.C.G.	ANTI VARÍOLICA	ANTI SARAMPO	TOXÓIDE TETÂNICO	DUPLA	OUTRAS
1ª	DATA								
	POSTO								
2ª	DATA								
	POSTO								
3ª	DATA								
	POSTO								
4ª	DATA								
	POSTO								

OBSERVAÇÕES: