ECAF
Assessoria Fiscal Ltda

# MOVIMENTAÇÃO DE FOLHA MENSAL

EMPRESA: _____ **CEI/CNPJ:** _____

Endereço: _____ **Nº** **-** **-** **-**

**Mês referencia:** _____ **Ano referencia:** _____ **Pagina:** _____ **de** _____

Solicito a ECAF Assessoria proceder a movimentação em folha de pagamento referente a referencia especificada.

| NOME DO FUNCIONÁRIO | TIPO DE MOVIMENTAÇÃO (Valor/Quantidade) |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

_____ , _____ de _____ de _____

Local e data de assinatura

_____

ASSINATURA DO EMPREGADOR OU RESPONSÁVEL