

SICOOB
SISTEMA DE COOPERATIVAS DE CRÉDITO DO BRASIL
PLATAFORMA DE SERVIÇOS FINANCEIROS DO SICOOB – SISBR

18/02/2024

Pix - Comprovante de pagamento

13:10:02

ID/Transação

E54037916202312072300ex1jffHTyhF

Valor:

R\$ 500,00

Data/hora:

07/12/2023 20:00:20

Pagador

Instituição:

CC CREDICITRUS

Nome:

ASSOCIACAO PROTETORA DOS ANIMAIS
DE MONTE ALTO - A

CPF/CNPJ:

,0.803/0001-**

Destinatário

Instituição:

CC CREDICITRUS

Nome:

LARISSA DA COSTA MELLO

CPF/CNPJ:

***.184.768-**

ORIGEM CONTABILIDADE

IOB Office Folha de Pagamento

0611 - ASSOCIACAO PROTETORA DOS ANIMAIS DE MONT R ANANIAS DE CARVALHO, 350 - ***** - MONTE ALTO 19.890.803/0001-97		Recibo de Pagamento de Salário NOVEMBRO/2023 Data do Crédito: / /					
Código - Nome do Funcionário 000002 - LARISSA DA COSTA MELLO		C.B.O.	Emp. Local	Depto.	Setor	Seção	Fl.
Cód.	Descrição	Referência	Vencimentos		Descontos		
4991	CONTRIB. INDIVIDUAL - AUTONOMO	11,0000	674,53				
9860	I.N.S.S.				32,45		
9870	I.R.R.F.				142,08		
			Total de Vencimentos		Total de Descontos		
			674,53		174,53		
R.G.: T.P.: AUTÔNOMO			TOTAL LÍQUIDO		500,00		
BCO.: - AG.: - - C/C: -CARGO: MEDICO A VETERINARIO							
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	F.G.T.S. do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF	Base Cál. IR. S/Fer. MP927	
674,53	674,53	0,00	0,00	642,08	0,00	0,00	
DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE RECIBO							
				___/___/___	_____		
				DATA	ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO		

ORIGEM CONTABILIDADE

IOB Office Folha de Pagamento

0611 - ASSOCIACAO PROTETORA DOS ANIMAIS DE MONT R ANANIAS DE CARVALHO, 350 - ***** - MONTE ALTO 19.890.803/0001-97		Demonstrativo de Pagamento de Salário NOVEMBRO/2023 Data do Crédito: / /					
Código - Nome do Funcionário 000002 - LARISSA DA COSTA MELLO		C.B.O.	Emp. Local	Depto.	Setor	Seção	Fl.
Cód.	Descrição	Referência	Vencimentos		Descontos		
4991	CONTRIB. INDIVIDUAL - AUTONOMO	11,0000	674,53				
9860	I.N.S.S.				32,45		
	I.R.R.F.				142,08		
			Total de Vencimentos		Total de Descontos		
			674,53		174,53		
R.G.: T.P.: AUTÔNOMO			TOTAL LÍQUIDO		500,00		
BCO.: - AG.: - - C/C: -CARGO: MEDICO A VETERINARIO							
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	F.G.T.S. do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF	Base Cál. IR. S/Fer. MP927	
674,53	674,53	0,00	0,00	642,08	0,00	0,00	
DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE RECIBO							
				___/___/___	_____		
				DATA	ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO		