

**Consulta Detalhes da Folha**

Via Internet Banking CAIXA

|                                         |                       |
|-----------------------------------------|-----------------------|
| <b>Número do Convênio:</b>              | 309560                |
| <b>Tipo do Compromisso do Convênio:</b> | 07                    |
| <b>Número do Compromisso:</b>           | 0001                  |
| <b>Quantidade de Pagamento:</b>         | 9                     |
| <b>Valor Total da Folha:</b>            | R\$ 235,53            |
| <b>Nome da Folha de Pagamento:</b>      | PISO ENFERMAGEM ABRIL |
| <b>Mês/Ano:</b>                         | 04/2025               |
| <b>Data de Débito:</b>                  | 15/04/2025            |

| Nome                        | CPF            | Agência/Conta      | Valor | Status     |
|-----------------------------|----------------|--------------------|-------|------------|
| ALAIDE DOS SANTOS BRUNO     | 071.748.728-83 | 0309/0009887875312 | 26,17 | Autorizado |
| ALESSANDRA DE SOUZA GONCALV | 321.392.228-57 | 0309/0009887873255 | 26,17 | Autorizado |
| AMANDA GOES MAPELI          | 291.342.728-60 | 0309/0009887869690 | 26,17 | Autorizado |
| ANGELICA APARECIDA V. DA SI | 401.871.468-88 | 0309/0009887867476 | 26,17 | Autorizado |
| EDNA FERREIRA DA SILVA PAES | 067.257.418-78 | 0309/0009887958773 | 26,17 | Autorizado |
| FABRICIA CRISTINA SIQUEIRA  | 157.844.468-35 | 0309/0009882950065 | 26,17 | Autorizado |
| LUCIMARA DA SILVA SACONI    | 285.665.468-14 | 0309/0008632921787 | 26,17 | Autorizado |
| MARIANA LIMA RODRIGUES ILHE | 395.126.608-22 | 0309/0009887848579 | 26,17 | Autorizado |
| RAFAELA CRISTINA BARGUENA   | 375.136.258-40 | 0309/0009684025756 | 26,17 | Autorizado |

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474

**TEV Enviada**

Via Internet Banking CAIXA

|                       |                              |
|-----------------------|------------------------------|
| <b>Conta origem:</b>  | 0309 / 1292 / 000577593425-0 |
| <b>Conta destino:</b> | 0309 / 3701 / 000596717644-2 |

|                             |                     |
|-----------------------------|---------------------|
| <b>Nome destinatário:</b>   | GABRIELE MARIA LEAO |
| <b>Quantidade de vezes:</b> |                     |
| <b>Valor:</b>               | R\$ 26,17           |

|                               |                     |
|-------------------------------|---------------------|
| <b>Data de débito:</b>        | 15/04/2025          |
| <b>Data/hora da operação:</b> | 15/04/2025 09:53:16 |

|                            |                  |
|----------------------------|------------------|
| <b>Código da operação:</b> | 005525701        |
| <b>Chave de segurança:</b> | 3XNJAAC3JACYKW21 |

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104

ASSOCIAÇÃO DO LAR SÃO JOSE  
CNPJ. 49.980.634/0001-47

LUCIMARA DA SILVA

TECNICA DE ENFERMAGEM

AUXILIO FINANCEIRO PISO ENFERMAGEM

26,17

2.996,56

26,17

0,00

26,17

Lucimara da S. Jacom  
15/04/2025

ASSOCIAÇÃO DO LAR SÃO JOSE  
CNPJ. 49.980.634/0001-47

### Recibo de Pagamento de Salário

Código Nome do Funcionário

RAFAELA CRISTINA BARGUENA

CBO Emp Local Depto. Setor Seção Fl.

TECNICA DE ENFERMAGEM

Cód.

Descrição

Referência

Vencimentos

Descontos

AUXILIO FINANCEIRO PISO ENFERMAGEM

26,17

Total de Vencimentos

26,17

Total de Descontos

Valor Líquido



26,17

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE RECIBO

Rafaela C. Barguena  
ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO

15/04/2025

DATA

2787,50

## Recibo de Pagamento de Salário

ASSOCIAÇÃO DO LAR SÃO JOSE  
CNPJ. 49.980.634/0001-47Código Nome do Funcionário  
FABRICIA CRISTINA SIQUEIRACBO Emp. Local Depto. Setor Seção Fl.  
TECNICA DE ENFERMAGEM

Cód. Descrição Referência Vencimentos Descontos

AUXILIO FINANCEIRO PISO ENFERMAGEM

26,17

Total de Vencimentos

26,17

Total de Descontos

0,00

Valor Líquido

26,17

Salário Base

Sal. Contr. INSS

Base Cál. FGTS

FGTS do Mês

Base Cál. IRRF

Faixa IRRF

2.996,56

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE RECIBO

Fábrica C. Siqueira

ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO

15/04/2025

DATA

- corte aqui -

ASSOCIAÇÃO DO LAR SÃO JOSE  
CNPJ. 49.980.634/0001-47

## Recibo de Pagamento de Salário

Código Nome do Funcionário  
GABRIELE MARIA LEÃOCBO Emp. Local Depto. Setor Seção Fl.  
TECNICA DE ENFERMAGEM

Cód. Descrição Referência Vencimentos Descontos

AUXILIO FINANCEIRO PISO ENFERMAGEM

26,17

Total de Vencimentos

26,17

Total de Descontos

Valor Líquido

26,17

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE RECIBO

Gabriela M. Leão

ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO

15/04/2025

DATA



ASSOCIAÇÃO DO LAR SÃO JOSE  
CNPJ.49.980.634/0001-47

## Recibo de Pagamento de Salário

| Código | Nome do Funcionário  | CRQ        | Emp.        | Local     | Depto.                | Sector | Seção | Fl. |
|--------|----------------------|------------|-------------|-----------|-----------------------|--------|-------|-----|
|        | AMANDA DE ASSIS GOES |            |             |           | TECNICA DE ENFERMAGEM |        |       |     |
| Cód.   | Descrição            | Referência | Vencimentos | Descontos |                       |        |       |     |

AUXILIO FINANCEIRO PISO ENFERMAGEM

26,17

Total de Vencimentos

26,17

Total de Descontos

0,00

Valor Líquido



26,17

Salário Base

2.996,56

Sal. Contr. INSS

Race Cálculo FGTS

FGTS do Mês

Race Cálculo IRPF

Salva IRPF

DECLARO TER RECEBIDO A IMPUTANCIA LIQUIDA DISCRIMINADA NESTE RECIBO

*Amanda de Assis Goes*  
ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO

15/04/2025  
DATA

- corte aqui -

ASSOCIAÇÃO DO LAR SÃO JOSE  
CNPJ. 49.980.634/0001-47

## Recibo de Pagamento de Salário

| Código | Nome do Funcionário         | CRQ        | Emp.        | Local     | Depto.                | Sector | Seção | Fl. |
|--------|-----------------------------|------------|-------------|-----------|-----------------------|--------|-------|-----|
|        | EDNA FERREIRA DA SILVA PAES |            |             |           | TECNICA DE ENFERMAGEM |        |       |     |
| Cód.   | Descrição                   | Referência | Vencimentos | Descontos |                       |        |       |     |

AUXILIO FINANCEIRO PISO ENFERMAGEM

26,17

Total de Vencimentos

26,17

Total de Descontos

26,17

DECLARO TER RECEBIDO A IMPUTANCIA LIQUIDA DISCRIMINADA NESTE RECIBO

*Edna f. S. Paes*  
ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO

15/04/2025  
DATA

ASSOCIAÇÃO DO LAR SÃO JOSE  
CNPJ. 49.980.634/0001-47

## Recibo de Pagamento de Salário

Código Nome do Funcionário  
ALESSANDRA DE SOUZA GONÇALVES

CBO Emp. Local Depto. Setor Seção Fl.  
TECNICA DE ENFERMAGEM

Cód. Descrição Referência Vencimentos Descontos

AUXILIO FINANCEIRO PISO ENFERMAGEM

26,17

Total de Vencimentos Total de Descontos

26,17

0,00

Valor Líquido

26,17

Salário Base Sal. Contrib. INSS Base Calc. FGTS FGTS do Mês Base Calc. IRRF Fatura INSS

2.996,56

DECLARO TER RECEBIDO A IMPUTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE RECIBO

*Alessandra Souza Gonçalves*  
ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO

15/04/2025  
DATA

ASSOCIAÇÃO DO LAR SÃO JOSE  
CNPJ. 49.980.634/0001-47

## Recibo de Pagamento de Salário

Código Nome do Funcionário  
ALAIDE DOS SANTOS BRUNO

CBO Emp. Local Depto. Setor Seção Fl.  
TECNICA DE ENFERMAGEM

Cód. Descrição Referência Vencimentos Descontos

AUXILIO FINANCEIRO PISO ENFERMAGEM

26,17

Total de Vencimentos Total de Descontos

26,17

0,00

Valor Líquido

26,17

DECLARO TER RECEBIDO A IMPUTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE RECIBO

*Alaide dos S. Bruno*  
ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO

15/04/2025  
DATA

ASSOCIAÇÃO DO LAR SÃO JOSE  
CNPJ. 49.980.634/0001-47

## Recibo de Pagamento de Salário

Código Nome do Funcionário CBO Emp. Local Depto. Setor Seção Fl.  
MARIANA LIMA RODRIGUES ILHEO TECNICA DE ENFERMAGEM

Cód. Descrição Referência Vencimentos Descontos

AUXILIO FINANCEIRO PISO ENFERMAGEM

26,17

Total de Vencimentos

26,17

Total de Descontos

0,00

Valor Líquido



26,17

Salário Base

2.996,56

Sal. Contr. INSS

Base Cál. FGTS

FGTS do Mês

Base Cál. IRRF

Faixa IRRF

DECLARO TER RECEBIDO A IMPOTÊNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE RECIBO

Mariana Lima R. Ilheo

ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO

15/04/2025

DATA

----- corte aqui -----

ASSOCIAÇÃO DO LAR SÃO JOSE  
CNPJ. 49.980.634/0001-47

## Recibo de Pagamento de Salário

Código Nome do Funcionário CBO Emp. Local Depto. Setor Seção Fl.  
ANGELICA APARECIDA VILASBOA DA SILVA TECNICA DE ENFERMAGEM

Cód. Descrição Referência Vencimentos Descontos

AUXILIO FINANCEIRO PISO ENFERMAGEM

26,17

Total de Vencimentos

26,17

Total de Descontos

Valor Líquido



26,17

DECLARO TER RECEBIDO A IMPOTÊNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE RECIBO

Angélica V B da Silva

ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO

15/04/2025

DATA