

Recibo do Pagador



237-2

23793.17601 90000.056912 81074.295601 6 12650000135100

Beneficiário <b>MEDICOS SEM FRONTEIRAS</b> <small>Avenida Rio Branco, 135 - 11º andar - Centro - 20040912 - Rio de Janeiro/RJ - BR</small>		Agência/Código do Beneficiário <b>3176-3 / 0742956-8</b>	Espécie <b>R\$</b>	Quantidade	Nosso número <b>09/00000569181-0</b>
Número do documento <b>00000569181</b>	CPF/CNPJ <b>00.988.096/0001-48</b>	Vencimento <b>14/11/2025</b>		Valor documento <b>1.351,00</b>	
(-) Desconto/Abatimentos	(-) Outras deduções	(+) Mora/Multa	(+) Outros acréscimos	(=) Valor cobrado	

Pagador  
**Orlando Ferreira - 005.719.209-00**  
Rua Tubarao, 21 - 0 - Fazenda - 88301470 - Itajaí/SC - BR

Autenticação mecânica

Demonstrativo

Corte na linha pontilhada



237-2

23793.17601 90000.056912 81074.295601 6 12650000135100

Local de pagamento <b>Pagável em qualquer banco.</b>					Vencimento <b>14/11/2025</b>
Beneficiário <small>MEDICOS SEM FRONTEIRAS - 00.988.096/0001-48 Avenida Rio Branco, 135 - 11º andar - Centro - 20040912 - Rio de Janeiro/RJ - BR</small>					Agência/Código do Beneficiário <b>3176-3 / 0742956-8</b>
Data do documento <b>06/11/2025</b>	Nº documento <b>00000569181</b>	Espécie doc. <b>DM</b>	Aceite <b>N</b>	Data processamento <b>15/10/2025</b>	Nosso número <b>09/00000569181-0</b>
Uso do banco	Carteira <b>09</b>	Espécie/Moeda <b>R\$</b>	Quantidade	Valor	(=) Valor documento <b>1.351,00</b>
Instruções (Instruções de responsabilidade do Beneficiário. Qualquer dúvida sobre este boleto, contate o beneficiário) <b>Não receber após 14/12/2025.</b>					(-) Desconto/Abatimentos
					(-) Outras deduções
					(+) Mora/Multa
					(+) Outros acréscimos
					(=) Valor cobrado

Pagador  
**Orlando Ferreira - 005.719.209-00**  
Rua Tubarao, 21 - 0 - Fazenda - 88301470 - Itajaí/SC - BR

Cód. baixa

Sacador/Avalista

Autenticação mecânica - Ficha de Compensação



Corte na linha pontilhada

Empresa: ORLANDO FERREIRA INCORPORADORA  
CNPJ: 06.283.810/0001-89  
Cálculo: Folha Mensal  
Competência: 10/2025

Página: 1 / 1  
Emissão: 29/10/2025  
Horas: 14:56:23



RELAÇÃO GERAL DOS LÍQUIDOS

Código	Nome do empregado				Valor	Data de pagamento
Filial: 1 - ORLANDO FERREIRA INCORPORADORA						
Contribuintes						
905	ORLANDO FERREIRA				1.351,00	<del>06/11/2025</del>
	Empregados: 0	Estagiários: 0	Contribuintes: 1	Total da Filial:	1.351,00	29/10/25
	Empregados: 0	Estagiários: 0	Contribuintes: 1	Total da Empresa:	1.351,00	

NAVEGANTES, 29/10/2025

Responsável: \_\_\_\_\_

001025  
RC  
2219

ORLANDO FERREIRA INCORPORADORA  
CNPJ: 06.283.810/0001-89

-CC: GERAL  
Mensalista

Folha Mensal  
Outubro de 2025

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
905	ORLANDO FERREIRA SOCIO ADMINISTRADOR	252105	1	1

Admissão: 01/09/2012

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
100	PRO LABORE	220:00	1.518,00		
862	TROCO DO MES EMPREGADOR	0,00	0,50		
843	INSS EMPREGADOR	11,00		166,98	
864	TROCO MES ANT. EMPREGADOR	0,52		0,52	
Matrícula INSS: 10937463660			Total de Vencimentos 1.518,50	Total de Descontos 167,50	
			Valor Líquido →	1.351,00	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.518,00	1.518,00	0,00	0,00	910,80	0,00

\*\*\* PARABÉNS PELO SEU ANIVERSÁRIO NO DIA 21 DE NOVEMBRO \*\*\*

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ORLANDO FERREIRA INCORPORADORA  
CNPJ: 06.283.810/0001-89

CC: GERAL  
Mensalista

Folha Mensal  
Outubro de 2025

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
905	ORLANDO FERREIRA SOCIO ADMINISTRADOR	252105	1	1

Admissão: 01/09/2012

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
100	PRO LABORE	220:00	1.518,00		
862	TROCO DO MES EMPREGADOR	0,00	0,50		
843	INSS EMPREGADOR	11,00		166,98	
864	TROCO MES ANT. EMPREGADOR	0,52		0,52	
Matrícula INSS: 10937463660			Total de Vencimentos 1.518,50	Total de Descontos 167,50	
			Valor Líquido →	1.351,00	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.518,00	1.518,00	0,00	0,00	910,80	0,00

\*\*\* PARABÉNS PELO SEU ANIVERSÁRIO NO DIA 21 DE NOVEMBRO \*\*\*

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data