

0291-JB TRANSPORTES DE CARGAS LTDA				Demonstrativo de Pagamento de Salário			
JB TRANSPORTES DE CARGAS LTDA - Goiania - GO				10/2025		Mensal	
CNPJ 03.299.955/0001-80			CPF: 047.471.551-55				
Cadastro 9945	Nome do Funcionário		CBO	Empresa	Local	Departamento	FL
	PEDRO AUGUSTO DE SOUZA BRAGA		252105	291	1	001.000.000	01
Consultor Administrativo			Data Admissão:		29/01/2024		
Ev	Descrição		Referência	Proventos		Descontos	
1	Salario Base		30 Dias	684,60			
150	Salário Família		1,00	65,00			
161	Estouro do Mês Anterior					3.660,46	
163	Estouro do Mês			3.457,36			
820	Desconto Adiantamento - IRRF					273,84	
1447	Outras Despesas - Plano de Saude/Odonto						
	1 - Dependente/UNIMED GOIANIA COOPERATIVA DE		30,00			98,25	
	2 - Titular/UNIMED GOIANIA COOPERATIVA DE TRABALHO		30,00			78,60	
1724	Mensalidade Plano de Saúde - PARTE EMPRESA						
	1 - Dependente/UNIMED GOIANIA COOPERATIVA DE		30,00	901,32			
	2 - Titular/UNIMED GOIANIA COOPERATIVA DE TRABALHO		30,00	551,07			
1950	INSS		7,50 %			51,34	
2102	PREMIO PERMANENCIA 4%		4,00 %	27,38			
2103	CONTRIBUICAO PERMANENCIA 1%		1,00 %			6,85	
Banco: 237 Bradesco - Agência: 6458 Conta: 2892-4				Total		4.234,34	
				Total Líquido		65,00	
Salário Base		Sal Cont INSS	Bas Cálc FGTS	FGTS Mês	Base IRRF C/Ded Simp	Faixa	Dep
684,60		684,60	684,60	54,76	0,00	0,00	01
Recebi em: ____/____/____				Assinatura: _____			

0291-JB TRANSPORTES DE CARGAS LTDA				Demonstrativo de Pagamento de Salário			
JB TRANSPORTES DE CARGAS LTDA - Goiania - GO				10/2025		Mensal	
CNPJ 03.299.955/0001-80			CPF: 047.471.551-55				
Cadastro 9945	Nome do Funcionário		CBO	Empresa	Local	Departamento	FL
	PEDRO AUGUSTO DE SOUZA BRAGA		252105	291	1	001.000.000	01
Consultor Administrativo			Data Admissão:		29/01/2024		
Ev	Descrição		Referência	Proventos		Descontos	
1	Salario Base		30 Dias	684,60			
150	Salário Família		1,00	65,00			
161	Estouro do Mês Anterior					3.660,46	
163	Estouro do Mês			3.457,36			
820	Desconto Adiantamento - IRRF					273,84	
1447	Outras Despesas - Plano de Saude/Odonto						
	1 - Dependente/UNIMED GOIANIA COOPERATIVA DE		30,00			98,25	
	2 - Titular/UNIMED GOIANIA COOPERATIVA DE TRABALHO		30,00			78,60	
1724	Mensalidade Plano de Saúde - PARTE EMPRESA						
	1 - Dependente/UNIMED GOIANIA COOPERATIVA DE		30,00	901,32			
	2 - Titular/UNIMED GOIANIA COOPERATIVA DE TRABALHO		30,00	551,07			
1950	INSS		7,50 %			51,34	
2102	PREMIO PERMANENCIA 4%		4,00 %	27,38			
2103	CONTRIBUICAO PERMANENCIA 1%		1,00 %			6,85	
Banco: 237 Bradesco - Agência: 6458 Conta: 2892-4				Total		4.234,34	
				Total Líquido		65,00	
Salário Base		Sal Cont INSS	Bas Cálc FGTS	FGTS Mês	Base IRRF C/Ded Simp	Faixa	Dep
684,60		684,60	684,60	54,76	0,00	0,00	01
Recebi em: ____/____/____				Assinatura: _____			