

0291-JB TRANSPORTES DE CARGAS LTDA				Demonstrativo de Pagamento de Salário				
JB TRANSPORTES DE CARGAS LTDA Goiania - GO				07/2025		Mensal		
CNPJ 03.299.955/0001-80				CPF: 057.812.051-87				
Cadastro 9541	Nome do Funcionário LAURISSON ANTONIO ARAUJO			CBO 142115	Empresa 291	Local 1	Departamento 001.000.000	FL 01
Consultor				Data Admissão:		19/09/2019		
Ev	Descrição	Referência	Proventos		Descontos			
1	Salario Base	30 Dias	684,60					
163	Estouro do Mês		293,97					
820	Desconto Adiantamento - IRRF				273,84			
1000	Adic Tempo Serviço	3,00 %	20,54					
1447	Outras Despesas - Plano de Saúde/Odonto							
	1 - Titular/UNIMED GOIANIA COOPERATIVA DE TRABALHO	30,00			201,11			
	2 - Dependente/UNIMED GOIANIA COOPERATIVA DE	30,00			33,08			
1724	Mensalidade Plano de Saúde - PARTE EMPRESA							
	1 - Titular/UNIMED GOIANIA COOPERATIVA DE TRABALHO	30,00	1.886,40					
	2 - Dependente/UNIMED GOIANIA COOPERATIVA DE	30,00	1.886,40					
1950	INSS	7,50 %			52,88			
2102	PREMIO PERMANENCIA 4%	4,00 %	27,38					
2103	CONTRIBUIÇÃO PERMANENCIA 1%	1,00 %			6,85			
<b>Total</b>			<b>1.026,49</b>		<b>1.026,49</b>			
<b>Total Líquido</b>					<b>0,00</b>			
	Salário Base	Sal Cont INSS	Bas Cálc FGTS	FGTS Mês	Base IRRF C/Ded Simp	Faixa	Dep	
	684,60	705,14	705,14	56,41	0,00	0,00	00	
Recebi em: ____/____/____				Assinatura: _____				

0291-JB TRANSPORTES DE CARGAS LTDA				Demonstrativo de Pagamento de Salário				
JB TRANSPORTES DE CARGAS LTDA Goiania - GO				07/2025		Mensal		
CNPJ 03.299.955/0001-80				CPF: 057.812.051-87				
Cadastro 9541	Nome do Funcionário LAURISSON ANTONIO ARAUJO			CBO 142115	Empresa 291	Local 1	Departamento 001.000.000	FL 01
Consultor				Data Admissão:		19/09/2019		
Ev	Descrição	Referência	Proventos		Descontos			
1	Salario Base	30 Dias	684,60					
163	Estouro do Mês		293,97					
820	Desconto Adiantamento - IRRF				273,84			
1000	Adic Tempo Serviço	3,00 %	20,54					
1447	Outras Despesas - Plano de Saúde/Odonto							
	1 - Titular/UNIMED GOIANIA COOPERATIVA DE TRABALHO	30,00			201,11			
	2 - Dependente/UNIMED GOIANIA COOPERATIVA DE	30,00			33,08			
1724	Mensalidade Plano de Saúde - PARTE EMPRESA							
	1 - Titular/UNIMED GOIANIA COOPERATIVA DE TRABALHO	30,00	1.886,40					
	2 - Dependente/UNIMED GOIANIA COOPERATIVA DE	30,00	1.886,40					
1950	INSS	7,50 %			52,88			
2102	PREMIO PERMANENCIA 4%	4,00 %	27,38					
2103	CONTRIBUIÇÃO PERMANENCIA 1%	1,00 %			6,85			
<b>Total</b>			<b>1.026,49</b>		<b>1.026,49</b>			
<b>Total Líquido</b>					<b>0,00</b>			
	Salário Base	Sal Cont INSS	Bas Cálc FGTS	FGTS Mês	Base IRRF C/Ded Simp	Faixa	Dep	
	684,60	705,14	705,14	56,41	0,00	0,00	00	
Recebi em: ____/____/____				Assinatura: _____				