

0291-JB TRANSPORTES DE CARGAS LTDA				Demonstrativo de Pagamento de Salário			
JB TRANSPORTES DE CARGAS LTDA Belém - PA				06/2025		Mensal	
CNPJ 03.299.955/0004-22			CPF: 737.902.062-53				
Cadastro 9855	Nome do Funcionário		CBO	Empresa	Local	Departamento	FL
	ROBSON CASTRO DE SOUZA		782510	291	4	003.000.000	01
Motorista Truck		Data Admissão:			02/01/2023		
Ev	Descrição	Referência	Proventos		Descontos		
1	Salario Base	30 Dias	2.299,60				
35	Horas Extras 50% Diurnas	041:40 hs	843,85				
49	Horas Extras 100% Diurnas	008:30 hs	225,57				
59	DSR S/Horas Extras Diurnas	019:67 hs	267,36				
64	Periculosidade	30,00 %	689,88				
820	Desconto Adiantamento - IRRF				919,84		
1445	Plano de Saúde/Odontológico						
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00			195,34		
1447	Outras Despesas - Plano de Saúde/Odonto						
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00			182,94		
1724	Mensalidade Plano de Saúde - PARTE EMPRESA						
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00	195,34				
1950	INSS	14,00 %			415,26		
Total			4.326,26		1.713,38		
Total Líquido					2.612,88		
Salário Base		Sal Cont INSS	Bas Cálc FGTS	FGTS Mês	Bas Cálc IRRF	Faixa	Dep
2.299,60		4.326,26	4.326,26	346,10	2.422,39	0,00	03
Recebi em: ____/____/____				Assinatura: _____			

0291-JB TRANSPORTES DE CARGAS LTDA				Demonstrativo de Pagamento de Salário			
JB TRANSPORTES DE CARGAS LTDA Belém - PA				06/2025		Mensal	
CNPJ 03.299.955/0004-22			CPF: 737.902.062-53				
Cadastro 9855	Nome do Funcionário		CBO	Empresa	Local	Departamento	FL
	ROBSON CASTRO DE SOUZA		782510	291	4	003.000.000	01
Motorista Truck		Data Admissão:			02/01/2023		
Ev	Descrição	Referência	Proventos		Descontos		
1	Salario Base	30 Dias	2.299,60				
35	Horas Extras 50% Diurnas	041:40 hs	843,85				
49	Horas Extras 100% Diurnas	008:30 hs	225,57				
59	DSR S/Horas Extras Diurnas	019:67 hs	267,36				
64	Periculosidade	30,00 %	689,88				
820	Desconto Adiantamento - IRRF				919,84		
1445	Plano de Saúde/Odontológico						
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00			195,34		
1447	Outras Despesas - Plano de Saúde/Odonto						
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00			182,94		
1724	Mensalidade Plano de Saúde - PARTE EMPRESA						
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00	195,34				
1950	INSS	14,00 %			415,26		
Total			4.326,26		1.713,38		
Total Líquido					2.612,88		
Salário Base		Sal Cont INSS	Bas Cálc FGTS	FGTS Mês	Bas Cálc IRRF	Faixa	Dep
2.299,60		4.326,26	4.326,26	346,10	2.422,39	0,00	03
Recebi em: ____/____/____				Assinatura: _____			