

0291-JB TRANSPORTES DE CARGAS LTDA				Demonstrativo de Pagamento de Salário			
JB TRANSPORTES DE CARGAS LTDA Belém - PA				01/2025		Mensal	
CNPJ 03.299.955/0004-22			CPF: 601.501.652-34				
Cadastro 9594	Nome do Funcionário JOSE DE ARIMATEIA DE JESUS REIS JUNIOR	CBO 782510	Empresa 291	Local 4	Departamento 025.000.000		FL 01
Motorista Truck			Data Admissão:		21/10/2020		
Ev	Descrição	Referência	Proventos		Descontos		
161	Estouro do Mês Anterior				4.061,81		
163	Estouro do Mês		4.344,55				
200	Horas Auxílio Doença Diurnas	30 Dias	2.742,47				
1004	Adic Tempo Serv Auxílio Doença	5,00 %	137,12				
1445	Plano de Saúde/Odontológico						
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00			123,08		
	2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00			123,08		
1447	Outras Despesas - Plano de Saúde/Odonto						
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00			18,29		
	2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00			18,29		
1724	Mensalidade Plano de Saúde - PARTE EMPRESA						
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00	123,08				
	2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00	123,08				
<b>Total</b>			<b>4.344,55</b>		<b>4.344,55</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
2.742,47		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	02
Recebi em: ____/____/____				Assinatura: _____			

0291-JB TRANSPORTES DE CARGAS LTDA				Demonstrativo de Pagamento de Salário			
JB TRANSPORTES DE CARGAS LTDA Belém - PA				01/2025		Mensal	
CNPJ 03.299.955/0004-22			CPF: 601.501.652-34				
Cadastro 9594	Nome do Funcionário JOSE DE ARIMATEIA DE JESUS REIS JUNIOR	CBO 782510	Empresa 291	Local 4	Departamento 025.000.000		FL 01
Motorista Truck			Data Admissão:		21/10/2020		
Ev	Descrição	Referência	Proventos		Descontos		
161	Estouro do Mês Anterior				4.061,81		
163	Estouro do Mês		4.344,55				
200	Horas Auxílio Doença Diurnas	30 Dias	2.742,47				
1004	Adic Tempo Serv Auxílio Doença	5,00 %	137,12				
1445	Plano de Saúde/Odontológico						
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00			123,08		
	2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00			123,08		
1447	Outras Despesas - Plano de Saúde/Odonto						
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00			18,29		
	2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00			18,29		
1724	Mensalidade Plano de Saúde - PARTE EMPRESA						
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00	123,08				
	2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00	123,08				
<b>Total</b>			<b>4.344,55</b>		<b>4.344,55</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
2.742,47		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	02
Recebi em: ____/____/____				Assinatura: _____			