

0291-JB TRANSPORTES DE CARGAS LTDA				Demonstrativo de Pagamento de Salário			
JB TRANSPORTES DE CARGAS LTDA Belém - PA				08/2025		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				4.711,09		
163	Estouro do Mês		5.084,15				
1445	Plano de Saude/Odontologico						
	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 Saude/Odonto						
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00			18,29		
	2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00			108,61		
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>5.084,15</b>		<b>5.084,15</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	
2.888,37	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				08/2025		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				4.711,09		
163	Estouro do Mês		5.084,15				
1445	Plano de Saude/Odontologico						
	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 Saude/Odonto						
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00			18,29		
	2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00			108,61		
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>5.084,15</b>		<b>5.084,15</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	
2.888,37	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	02	
Recebi em: ____/____/____ Assinatura: _____							