

0291-JB TRANSPORTES DE CARGAS LTDA				Demonstrativo de Pagamento de Salário			
JB TRANSPORTES DE CARGAS LTDA São Bernardo do Campo - SP				03/2026		Mensal	
CNPJ 03.299.955/0009-37			CPF: 008.808.378-02				
Cadastro	Nome do Funcionário		CBO	Empresa	Local	Departamento	FL
9610	MARCOS RUY LACERDA		414140	291	9	001.000.000	01
Auxiliar Operacional		Data Admissão:			10/11/2020		
Ev	Descrição		Referência	Proventos		Descontos	
1	Salario Base		30 Dias	2.530,93			
35	Horas Extras 50% Diurnas		005:55 hs	102,05			
59	DSR S/Horas Extras Diurnas		001:60 hs	19,63			
816	Vale Transporte (%)		6,00 %			151,86	
820	Desconto Adiantamento - IRRF					1.012,37	
1000	Adic Tempo Serviço		8,00 %	165,81			
1445	Plano de Saude/Odontologico						
	1 - Titular/NOTRE DAME INTERMEDICA SAUDE S.A.		30,00			64,82	
	2 - Dependente/NOTRE DAME INTERMEDICA SAUDE S.A.		30,00			162,05	
1724	Mensalidade Plano de Saúde - PARTE EMPRESA						
	1 - Titular/NOTRE DAME INTERMEDICA SAUDE S.A.		30,00	259,29			
	2 - Dependente/NOTRE DAME INTERMEDICA SAUDE S.A.		30,00	162,05			
1870	Premiação por incentivo			200,00			
1950	INSS		9,00 %			229,33	
Total				3.018,42		1.620,43	
Total Líquido						1.397,99	
Salário Base		Sal Cont INSS	Bas Cálc FGTS	FGTS Mês	Base IRRF C/Ded Simp	Faixa	Dep
2.530,93		2.818,42	2.818,42	225,47	1.398,85	0,00	00
Recebi em: ____/____/____				Assinatura: _____			

0291-JB TRANSPORTES DE CARGAS LTDA				Demonstrativo de Pagamento de Salário			
JB TRANSPORTES DE CARGAS LTDA São Bernardo do Campo - SP				03/2026		Mensal	
CNPJ 03.299.955/0009-37			CPF: 008.808.378-02				
Cadastro	Nome do Funcionário		CBO	Empresa	Local	Departamento	FL
9610	MARCOS RUY LACERDA		414140	291	9	001.000.000	01
Auxiliar Operacional		Data Admissão:			10/11/2020		
Ev	Descrição		Referência	Proventos		Descontos	
1	Salario Base		30 Dias	2.530,93			
35	Horas Extras 50% Diurnas		005:55 hs	102,05			
59	DSR S/Horas Extras Diurnas		001:60 hs	19,63			
816	Vale Transporte (%)		6,00 %			151,86	
820	Desconto Adiantamento - IRRF					1.012,37	
1000	Adic Tempo Serviço		8,00 %	165,81			
1445	Plano de Saude/Odontologico						
	1 - Titular/NOTRE DAME INTERMEDICA SAUDE S.A.		30,00			64,82	
	2 - Dependente/NOTRE DAME INTERMEDICA SAUDE S.A.		30,00			162,05	
1724	Mensalidade Plano de Saúde - PARTE EMPRESA						
	1 - Titular/NOTRE DAME INTERMEDICA SAUDE S.A.		30,00	259,29			
	2 - Dependente/NOTRE DAME INTERMEDICA SAUDE S.A.		30,00	162,05			
1870	Premiação por incentivo			200,00			
1950	INSS		9,00 %			229,33	
Total				3.018,42		1.620,43	
Total Líquido						1.397,99	
Salário Base		Sal Cont INSS	Bas Cálc FGTS	FGTS Mês	Base IRRF C/Ded Simp	Faixa	Dep
2.530,93		2.818,42	2.818,42	225,47	1.398,85	0,00	00
Recebi em: ____/____/____				Assinatura: _____			