

0291-JB TRANSPORTES DE CARGAS LTDA				Demonstrativo de Pagamento de Salário			
JB TRANSPORTES DE CARGAS LTDA São Bernardo do Campo - SP				11/2025		Mensal	
CNPJ 03.299.955/0009-37			CPF: 008.808.378-02				
Cadastro 9610	Nome do Funcionário MARCOS RUY LACERDA		CBO 414140	Empresa 291	Local 9	Departamento 001.000.000	FL 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	005:73 hs	105,42				
59	DSR S/Horas Extras Diurnas	002:62 hs	32,08				
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	12,00 %			233,51		
Total			3.034,24		1.624,61		
Total Líquido					1.409,63		
Salário Base		Sal Cont INSS	Bas Cálc FGTS	FGTS Mês	Base IRRF C/Ded Simp	Faixa	Dep
2.530,93		2.834,24	2.834,24	226,73	1.414,67	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				11/2025		Mensal	
CNPJ 03.299.955/0009-37			CPF: 008.808.378-02				
Cadastro 9610	Nome do Funcionário MARCOS RUY LACERDA		CBO 414140	Empresa 291	Local 9	Departamento 001.000.000	FL 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	005:73 hs	105,42				
59	DSR S/Horas Extras Diurnas	002:62 hs	32,08				
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	12,00 %			233,51		
Total			3.034,24		1.624,61		
Total Líquido					1.409,63		
Salário Base		Sal Cont INSS	Bas Cálc FGTS	FGTS Mês	Base IRRF C/Ded Simp	Faixa	Dep
2.530,93		2.834,24	2.834,24	226,73	1.414,67	0,00	00
Recebi em: ____/____/____				Assinatura: _____			