

0291-JB TRANSPORTES DE CARGAS LTDA				Demonstrativo de Pagamento de Salário			
JB TRANSPORTES DE CARGAS LTDA Belém - PA				02/2025		Mensal	
CNPJ 03.299.955/0004-22			CPF: 399.805.102-34				
Cadastro 9744	Nome do Funcionário		CBO	Empresa	Local	Departamento	FL
	LICIO FERREIRA DE MENDONCA JUNIOR		411010	291	4	025.000.000	01
Assistente Operacional		Data Admissão:			27/10/2021		
Ev	Descrição	Referência	Proventos		Descontos		
1	Salario Base	30 Dias	2.237,08				
35	Horas Extras 50% Diurnas	005:47 hs	87,55				
59	DSR S/Horas Extras Diurnas	001:37 hs	14,59				
63	Vale Transp.Dinheiro		400,00				
816	Vale Transporte (%)	6,00 %			134,22		
820	Desconto Adiantamento - IRRF				894,83		
1252	Adicional Tempo de Serviço	5,00 %	111,85				
1445	Plano de Saúde/Odontológico						
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00			136,62		
1724	Mensalidade Plano de Saúde - PARTE EMPRESA						
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00	136,62				
1793	Ticket Refeição (PAT)		500,00				
1870	Premiação por incentivo		1.000,00				
1950	INSS	9,00 %			197,82		
Total			4.351,07		1.363,49		
Total Líquido					2.987,58		
Salário Base		Sal Cont INSS	Bas Cálc FGTS	FGTS Mês	Base IRRF C/Ded Simp	Faixa	Dep
2.237,08		2.451,07	2.451,07	196,08	1.991,44	0,00	00
Recebi em: ____/____/____				Assinatura: _____			

0291-JB TRANSPORTES DE CARGAS LTDA				Demonstrativo de Pagamento de Salário			
JB TRANSPORTES DE CARGAS LTDA Belém - PA				02/2025		Mensal	
CNPJ 03.299.955/0004-22			CPF: 399.805.102-34				
Cadastro 9744	Nome do Funcionário		CBO	Empresa	Local	Departamento	FL
	LICIO FERREIRA DE MENDONCA JUNIOR		411010	291	4	025.000.000	01
Assistente Operacional		Data Admissão:			27/10/2021		
Ev	Descrição	Referência	Proventos		Descontos		
1	Salario Base	30 Dias	2.237,08				
35	Horas Extras 50% Diurnas	005:47 hs	87,55				
59	DSR S/Horas Extras Diurnas	001:37 hs	14,59				
63	Vale Transp.Dinheiro		400,00				
816	Vale Transporte (%)	6,00 %			134,22		
820	Desconto Adiantamento - IRRF				894,83		
1252	Adicional Tempo de Serviço	5,00 %	111,85				
1445	Plano de Saúde/Odontológico						
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00			136,62		
1724	Mensalidade Plano de Saúde - PARTE EMPRESA						
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00	136,62				
1793	Ticket Refeição (PAT)		500,00				
1870	Premiação por incentivo		1.000,00				
1950	INSS	9,00 %			197,82		
Total			4.351,07		1.363,49		
Total Líquido					2.987,58		
Salário Base		Sal Cont INSS	Bas Cálc FGTS	FGTS Mês	Base IRRF C/Ded Simp	Faixa	Dep
2.237,08		2.451,07	2.451,07	196,08	1.991,44	0,00	00
Recebi em: ____/____/____				Assinatura: _____			