

0291-JB TRANSPORTES DE CARGAS LTDA				Demonstrativo de Pagamento de Salário			
JB TRANSPORTES DE CARGAS LTDA Belém - PA				05/2025		Mensal	
CNPJ 03.299.955/0004-22			CPF: 008.198.372-70				
Cadastro 9753	Nome do Funcionário		CBO	Empresa	Local	Departamento	FL
	CARLOS BRUNO MILLER DA SILVA		141205	291	4	025.000.000	01
Supervisor de Operações			Data Admissão:		07/12/2021		
Ev	Descrição	Referência	Proventos		Descontos		
1	Salario Base	25 Dias	2.683,98				
63	Vale Transp.Dinheiro		460,00				
82	Gratificação de Função	40,00 %	1.073,59				
816	Vale Transporte (%)	6,00 %			161,04		
820	Desconto Adiantamento - IRRF				1.288,31		
1252	Adicional Tempo de Serviço	5,00 %	134,20				
1445	Plano de Saúde/Odontológico						
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00			136,62		
	2 - Dependente/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				
	2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00	136,62				
1793	Ticket Refeição (PAT)		500,00				
1950	INSS	14,00 %			392,51		
Total			4.851,77		2.115,10		
Total Líquido					2.736,67		
Salário Base		Sal Cont INSS	Bas Cálc FGTS	FGTS Mês	Base IRRF C/Ded Simp	Faixa	Dep
3.220,78		5.137,14	5.137,14	410,96	1.996,26	0,00	01
Recebi em: ____/____/____ Assinatura: _____							

0291-JB TRANSPORTES DE CARGAS LTDA				Demonstrativo de Pagamento de Salário			
JB TRANSPORTES DE CARGAS LTDA Belém - PA				05/2025		Mensal	
CNPJ 03.299.955/0004-22			CPF: 008.198.372-70				
Cadastro 9753	Nome do Funcionário		CBO	Empresa	Local	Departamento	FL
	CARLOS BRUNO MILLER DA SILVA		141205	291	4	025.000.000	01
Supervisor de Operações			Data Admissão:		07/12/2021		
Ev	Descrição	Referência	Proventos		Descontos		
1	Salario Base	25 Dias	2.683,98				
63	Vale Transp.Dinheiro		460,00				
82	Gratificação de Função	40,00 %	1.073,59				
816	Vale Transporte (%)	6,00 %			161,04		
820	Desconto Adiantamento - IRRF				1.288,31		
1252	Adicional Tempo de Serviço	5,00 %	134,20				
1445	Plano de Saúde/Odontológico						
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00			136,62		
	2 - Dependente/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				
	2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00	136,62				
1793	Ticket Refeição (PAT)		500,00				
1950	INSS	14,00 %			392,51		
Total			4.851,77		2.115,10		
Total Líquido					2.736,67		
Salário Base		Sal Cont INSS	Bas Cálc FGTS	FGTS Mês	Base IRRF C/Ded Simp	Faixa	Dep
3.220,78		5.137,14	5.137,14	410,96	1.996,26	0,00	01
Recebi em: ____/____/____ Assinatura: _____							