

0291-JB TRANSPORTES DE CARGAS LTDA				Demonstrativo de Pagamento de Salário			
JB TRANSPORTES DE CARGAS LTDA Belém - PA				05/2026		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	30 Dias	3.392,13				
63	Vale Transp.Dinheiro		478,40				
82	Gratificação de Função	40,00 %	1.356,85				
816	Vale Transporte (%)	6,00 %			203,53		
820	Desconto Adiantamento - IRRF				1.356,85		
1252	Adicional Tempo de Serviço	5,00 %	169,61				
1445	Plano de Saude/Odontologico						
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00			149,60		
	2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00			149,60		
1724	Mensalidade Plano de Saúde - PARTE EMPRESA						
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00	149,60				
	2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00	149,60				
1793	Ticket Refeicao (PAT)		546,00				
1950	INSS	14,00 %			490,10		
<b>Total</b>			5.942,99		2.349,68		
<b>Total Líquido</b>					3.593,31		
	Salário Base	Sal Cont INSS	Bas Cálc FGTS	FGTS Mês	Bas Cálc IRRF	Faixa	Dep
	3.392,13	4.918,59	4.918,59	393,48	2.882,05	15,00	01
Recebi em: ____/____/____ Assinatura: _____							

0291-JB TRANSPORTES DE CARGAS LTDA				Demonstrativo de Pagamento de Salário			
JB TRANSPORTES DE CARGAS LTDA Belém - PA				05/2026		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	30 Dias	3.392,13				
63	Vale Transp.Dinheiro		478,40				
82	Gratificação de Função	40,00 %	1.356,85				
816	Vale Transporte (%)	6,00 %			203,53		
820	Desconto Adiantamento - IRRF				1.356,85		
1252	Adicional Tempo de Serviço	5,00 %	169,61				
1445	Plano de Saude/Odontologico						
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00			149,60		
	2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00			149,60		
1724	Mensalidade Plano de Saúde - PARTE EMPRESA						
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00	149,60				
	2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00	149,60				
1793	Ticket Refeicao (PAT)		546,00				
1950	INSS	14,00 %			490,10		
<b>Total</b>			5.942,99		2.349,68		
<b>Total Líquido</b>					3.593,31		
	Salário Base	Sal Cont INSS	Bas Cálc FGTS	FGTS Mês	Bas Cálc IRRF	Faixa	Dep
	3.392,13	4.918,59	4.918,59	393,48	2.882,05	15,00	01
Recebi em: ____/____/____ Assinatura: _____							