

0291-JB TRANSPORTES DE CARGAS LTDA				Demonstrativo de Pagamento de Salário				
JB TRANSPORTES DE CARGAS LTDA Belém - PA				12/2025		Mensal		
CNPJ 03.299.955/0004-22				CPF: 008.198.372-70				
Cadastro 9753		Nome do Funcionário CARLOS BRUNO MILLER DA SILVA		CBO 141205	Empresa 291	Local 4	Departamento 025.000.000	FL 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 %		498,18				
<b>Total</b>			<b>5.942,99</b>	<b>2.357,76</b>				
<b>Total Líquido</b>				<b>3.585,23</b>				
	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	2.873,97	15,00	01	
Recebi em: ____/____/____ Assinatura: _____								

0291-JB TRANSPORTES DE CARGAS LTDA				Demonstrativo de Pagamento de Salário				
JB TRANSPORTES DE CARGAS LTDA Belém - PA				12/2025		Mensal		
CNPJ 03.299.955/0004-22				CPF: 008.198.372-70				
Cadastro 9753		Nome do Funcionário CARLOS BRUNO MILLER DA SILVA		CBO 141205	Empresa 291	Local 4	Departamento 025.000.000	FL 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 %		498,18				
<b>Total</b>			<b>5.942,99</b>	<b>2.357,76</b>				
<b>Total Líquido</b>				<b>3.585,23</b>				
	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	2.873,97	15,00	01	
Recebi em: ____/____/____ Assinatura: _____								