

0291-JB TRANSPORTES DE CARGAS LTDA				Demonstrativo de Pagamento de Salário			
JB TRANSPORTES DE CARGAS LTDA Belém - PA				01/2025		Mensal	
CNPJ 03.299.955/0004-22			CPF: 984.979.362-72				
Cadastro 9874	Nome do Funcionário STEPHANIE CARDOSO CORREA		CBO 411010	Empresa 291	Local 4	Departamento 025.000.000	FL 01
Assistente Administrativo			Data Admissão:		15/03/2023		
Ev	Descrição	Referência	Proventos		Descontos		
1	Salario Base	28 Dias	1.988,50				
35	Horas Extras 50% Diurnas	001:00 hs	14,53				
59	DSR S/Horas Extras Diurnas	000:28 hs	2,79				
63	Vale Transp.Dinheiro		192,00				
816	Vale Transporte (%)	6,00 %			119,31		
820	Desconto Adiantamento - IRRF				852,21		
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)		480,00				
1950	INSS	9,00 %			156,56		
Total			2.677,82		1.401,32		
Total Líquido					1.276,50		
Salário Base		Sal Cont INSS	Bas Cálc FGTS	FGTS Mês	Base IRRF C/Ded Simp	Faixa	Dep
2.130,54		2.382,60	2.382,60	190,60	588,81	0,00	00

Recebi em: ____/____/____ Assinatura: _____

0291-JB TRANSPORTES DE CARGAS LTDA				Demonstrativo de Pagamento de Salário			
JB TRANSPORTES DE CARGAS LTDA Belém - PA				01/2025		Mensal	
CNPJ 03.299.955/0004-22			CPF: 984.979.362-72				
Cadastro 9874	Nome do Funcionário STEPHANIE CARDOSO CORREA		CBO 411010	Empresa 291	Local 4	Departamento 025.000.000	FL 01
Assistente Administrativo			Data Admissão:		15/03/2023		
Ev	Descrição	Referência	Proventos		Descontos		
1	Salario Base	28 Dias	1.988,50				
35	Horas Extras 50% Diurnas	001:00 hs	14,53				
59	DSR S/Horas Extras Diurnas	000:28 hs	2,79				
63	Vale Transp.Dinheiro		192,00				
816	Vale Transporte (%)	6,00 %			119,31		
820	Desconto Adiantamento - IRRF				852,21		
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)		480,00				
1950	INSS	9,00 %			156,56		
Total			2.677,82		1.401,32		
Total Líquido					1.276,50		
Salário Base		Sal Cont INSS	Bas Cálc FGTS	FGTS Mês	Base IRRF C/Ded Simp	Faixa	Dep
2.130,54		2.382,60	2.382,60	190,60	588,81	0,00	00

Recebi em: ____/____/____ Assinatura: _____