

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: 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	30 Dias	2.130,54				
35	Horas Extras 50% Diurnas	009:70 hs	140,91				
59	DSR S/Horas Extras Diurnas	002:42 hs	23,49				
63	Vale Transp.Dinheiro		200,00				
816	Vale Transporte (%)	6,00 %			127,83		
820	Desconto Adiantamento - IRRF				852,22		
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	9,00 %			183,77		
Total			2.994,94		1.437,06		
Total Líquido					1.557,88		
Salário Base		Sal Cont INSS	Bas Cálc FGTS	FGTS Mês	Base IRRF C/Ded Simp	Faixa	Dep
2.130,54		2.294,94	2.294,94	183,59	877,92	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: 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	30 Dias	2.130,54				
35	Horas Extras 50% Diurnas	009:70 hs	140,91				
59	DSR S/Horas Extras Diurnas	002:42 hs	23,49				
63	Vale Transp.Dinheiro		200,00				
816	Vale Transporte (%)	6,00 %			127,83		
820	Desconto Adiantamento - IRRF				852,22		
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	9,00 %			183,77		
Total			2.994,94		1.437,06		
Total Líquido					1.557,88		
Salário Base		Sal Cont INSS	Bas Cálc FGTS	FGTS Mês	Base IRRF C/Ded Simp	Faixa	Dep
2.130,54		2.294,94	2.294,94	183,59	877,92	0,00	00

Recebi em: ____/____/____ Assinatura: _____