

0291-JB TRANSPORTES DE CARGAS LTDA				Demonstrativo de Pagamento de Salário			
JB TRANSPORTES DE CARGAS LTDA Belém - PA				07/2025		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 Operacional			Data Admissão:		15/03/2023		
Ev	Descrição	Referência	Proventos		Descontos		
1	Salario Base	30 Dias	2.356,09				
35	Horas Extras 50% Diurnas	034:43 hs	553,15				
59	DSR S/Horas Extras Diurnas	007:65 hs	81,95				
63	Vale Transp.Dinheiro		230,00				
816	Vale Transporte (%)	6,00 %			141,37		
820	Desconto Adiantamento - IRRF				894,83		
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)		602,00				
1950	INSS	12,00 %			252,34		
Total			3.823,19		1.561,78		
Total Líquido					2.261,41		
Salário Base		Sal Cont INSS	Bas Cálculo FGTS	FGTS Mês	Base IRRF C/Ded Simp	Faixa	Dep
2.356,09		2.991,19	2.991,19	239,29	1.489,16	0,00	00

Recebi em: ____/____/____ Assinatura: _____

0291-JB TRANSPORTES DE CARGAS LTDA				Demonstrativo de Pagamento de Salário			
JB TRANSPORTES DE CARGAS LTDA Belém - PA				07/2025		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 Operacional			Data Admissão:		15/03/2023		
Ev	Descrição	Referência	Proventos		Descontos		
1	Salario Base	30 Dias	2.356,09				
35	Horas Extras 50% Diurnas	034:43 hs	553,15				
59	DSR S/Horas Extras Diurnas	007:65 hs	81,95				
63	Vale Transp.Dinheiro		230,00				
816	Vale Transporte (%)	6,00 %			141,37		
820	Desconto Adiantamento - IRRF				894,83		
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)		602,00				
1950	INSS	12,00 %			252,34		
Total			3.823,19		1.561,78		
Total Líquido					2.261,41		
Salário Base		Sal Cont INSS	Bas Cálculo FGTS	FGTS Mês	Base IRRF C/Ded Simp	Faixa	Dep
2.356,09		2.991,19	2.991,19	239,29	1.489,16	0,00	00

Recebi em: ____/____/____ Assinatura: _____