

0291-JB TRANSPORTES DE CARGAS LTDA				Demonstrativo de Pagamento de Salário			
JB TRANSPORTES DE CARGAS LTDA Belém - PA				09/2025		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	007:73 hs	124,23				
59	DSR S/Horas Extras Diurnas	001:78 hs	19,11				
63	Vale Transp.Dinheiro		248,40				
816	Vale Transporte (%)	6,00 %			141,37		
820	Desconto Adiantamento - IRRF				942,44		
1445	Plano de Saude/Odontologico						
	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 Refeicao (PAT)		567,00				
1950	INSS	9,00 %			202,17		
<b>Total</b>			<b>3.314,83</b>		<b>1.559,22</b>		
<b>Total Líquido</b>			<b>1.755,61</b>				
Salário Base		Sal Cont INSS	Bas Cálc FGTS	FGTS Mês	Base IRRF C/Ded Simp	Faixa	Dep
2.356,09		2.499,43	2.499,43	199,95	949,79	0,00	00
Recebi em: ____/____/____				Assinatura: _____			

0291-JB TRANSPORTES DE CARGAS LTDA				Demonstrativo de Pagamento de Salário			
JB TRANSPORTES DE CARGAS LTDA Belém - PA				09/2025		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	007:73 hs	124,23				
59	DSR S/Horas Extras Diurnas	001:78 hs	19,11				
63	Vale Transp.Dinheiro		248,40				
816	Vale Transporte (%)	6,00 %			141,37		
820	Desconto Adiantamento - IRRF				942,44		
1445	Plano de Saude/Odontologico						
	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 Refeicao (PAT)		567,00				
1950	INSS	9,00 %			202,17		
<b>Total</b>			<b>3.314,83</b>		<b>1.559,22</b>		
<b>Total Líquido</b>			<b>1.755,61</b>				
Salário Base		Sal Cont INSS	Bas Cálc FGTS	FGTS Mês	Base IRRF C/Ded Simp	Faixa	Dep
2.356,09		2.499,43	2.499,43	199,95	949,79	0,00	00
Recebi em: ____/____/____				Assinatura: _____			