

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: 035.738.762-77				
Cadastro 9876	Nome do Funcionário LENICE FONTES DA SILVA		CBO 342110	Empresa 291	Local 4	Departamento 025.000.000	FL 01
	Assistente Operacional		Data Admissão:		02/05/2023		
Ev	Descrição	Referência	Proventos		Descontos		
1	Salario Base	22 Dias	1.727,80				
35	Horas Extras 50% Diurnas	019:38 hs	311,38				
59	DSR S/Horas Extras Diurnas	004:30 hs	46,13				
63	Vale Transp.Dinheiro		460,00				
388	Diferença de Férias		47,62				
816	Vale Transporte (%)	6,00 %			103,67		
820	Desconto Adiantamento - IRRF				894,83		
1445	Plano de Saúde/Odontológico						
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	20,00			136,62		
1724	Mensalidade Plano de Saúde - PARTE EMPRESA						
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00	136,62				
1793	Ticket Refeição (PAT)		594,00				
1950	INSS	12,00 %			200,09		
Total			3.186,93		1.289,67		
Total Líquido					1.897,26		
Salário Base		Sal Cont INSS	Bas Cálc FGTS	FGTS Mês	Base IRRF C/Ded Simp	Faixa	Dep
2.356,09		3.260,31	3.260,31	260,82	630,90	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: 035.738.762-77				
Cadastro 9876	Nome do Funcionário LENICE FONTES DA SILVA		CBO 342110	Empresa 291	Local 4	Departamento 025.000.000	FL 01
	Assistente Operacional		Data Admissão:		02/05/2023		
Ev	Descrição	Referência	Proventos		Descontos		
1	Salario Base	22 Dias	1.727,80				
35	Horas Extras 50% Diurnas	019:38 hs	311,38				
59	DSR S/Horas Extras Diurnas	004:30 hs	46,13				
63	Vale Transp.Dinheiro		460,00				
388	Diferença de Férias		47,62				
816	Vale Transporte (%)	6,00 %			103,67		
820	Desconto Adiantamento - IRRF				894,83		
1445	Plano de Saúde/Odontológico						
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	20,00			136,62		
1724	Mensalidade Plano de Saúde - PARTE EMPRESA						
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00	136,62				
1793	Ticket Refeição (PAT)		594,00				
1950	INSS	12,00 %			200,09		
Total			3.186,93		1.289,67		
Total Líquido					1.897,26		
Salário Base		Sal Cont INSS	Bas Cálc FGTS	FGTS Mês	Base IRRF C/Ded Simp	Faixa	Dep
2.356,09		3.260,31	3.260,31	260,82	630,90	0,00	00
Recebi em: ____/____/____				Assinatura: _____			