

0291-JB TRANSPORTES DE CARGAS LTDA				Demonstrativo de Pagamento de Salário			
JB TRANSPORTES DE CARGAS LTDA Belém - PA				08/2025		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	30 Dias	2.356,09				
35	Horas Extras 50% Diurnas	011:87 hs	190,63				
59	DSR S/Horas Extras Diurnas	003:42 hs	36,66				
63	Vale Transp.Dinheiro		478,40				
388	Diferença de Férias		5,29				
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		
1724	Mensalidade Plano de Saúde - PARTE EMPRESA						
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00	136,62				
1793	Ticket Refeicao (PAT)		546,00				
1950	INSS	9,00 %			212,09		
Total			3.613,07		1.432,52		
Total Líquido					2.180,55		
Salário Base		Sal Cont INSS	Bas Cálc FGTS	FGTS Mês	Base IRRF C/Ded Simp	Faixa	Dep
2.356,09		2.713,93	2.713,93	217,11	1.039,03	0,00	00
Recebi em: ____/____/____ Assinatura: _____							

0291-JB TRANSPORTES DE CARGAS LTDA				Demonstrativo de Pagamento de Salário			
JB TRANSPORTES DE CARGAS LTDA Belém - PA				08/2025		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	30 Dias	2.356,09				
35	Horas Extras 50% Diurnas	011:87 hs	190,63				
59	DSR S/Horas Extras Diurnas	003:42 hs	36,66				
63	Vale Transp.Dinheiro		478,40				
388	Diferença de Férias		5,29				
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		
1724	Mensalidade Plano de Saúde - PARTE EMPRESA						
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00	136,62				
1793	Ticket Refeicao (PAT)		546,00				
1950	INSS	9,00 %			212,09		
Total			3.613,07		1.432,52		
Total Líquido					2.180,55		
Salário Base		Sal Cont INSS	Bas Cálc FGTS	FGTS Mês	Base IRRF C/Ded Simp	Faixa	Dep
2.356,09		2.713,93	2.713,93	217,11	1.039,03	0,00	00
Recebi em: ____/____/____ Assinatura: _____							