

0291-JB TRANSPORTES DE CARGAS LTDA				Demonstrativo de Pagamento de Salário			
JB TRANSPORTES DE CARGAS LTDA São Bernardo do Campo - SP				02/2025		Mensal	
CNPJ 03.299.955/0009-37			CPF: 293.538.018-50				
Cadastro 9878	Nome do Funcionário		CBO	Empresa	Local	Departamento	FL
	DELVAIR CARVALHO DE OLIVEIRA		782510	291	9	001.000.000	01
Motorista de Caminhão		Data Admissão:			15/05/2023		
Ev	Descrição	Referência	Proventos		Descontos		
1	Salario Base	10 Dias	751,68				
18	P.L.R		451,01				
35	Horas Extras 50% Diurnas	021:38 hs	328,77				
59	DSR S/Horas Extras Diurnas	005:33 hs	54,79				
1445	Plano de Saúde/Odontológico						
	1 - Titular/NOTRE DAME INTERMEDICA SAUDE S.A.	10,00			19,73		
1713	PREMIAÇÃO KM RODADO X 0,03 II		60,63				
1721	PREM CARGA DESCARGA X 18,00		506,00				
1724	Mensalidade Plano de Saúde - PARTE EMPRESA						
	1 - Titular/NOTRE DAME INTERMEDICA SAUDE S.A.	30,00	236,79				
1866	Taxa Assistencial	2,00 %			45,10		
1950	INSS	14,00 %			139,86		
2027	Prêmio Dia		242,00				
<b>Total</b>			<b>2.394,88</b>		<b>204,69</b>		
<b>Total Líquido</b>			<b>2.190,19</b>				
Salário Base		Sal Cont INSS	Bas Cálc FGTS	FGTS Mês	Base IRRF C/Ded Simp	Faixa	Dep
2.255,03		4.372,61	4.372,61	349,79	1.379,07	0,00	00
Recebi em: ____/____/____				Assinatura: _____			

0291-JB TRANSPORTES DE CARGAS LTDA				Demonstrativo de Pagamento de Salário			
JB TRANSPORTES DE CARGAS LTDA São Bernardo do Campo - SP				02/2025		Mensal	
CNPJ 03.299.955/0009-37			CPF: 293.538.018-50				
Cadastro 9878	Nome do Funcionário		CBO	Empresa	Local	Departamento	FL
	DELVAIR CARVALHO DE OLIVEIRA		782510	291	9	001.000.000	01
Motorista de Caminhão		Data Admissão:			15/05/2023		
Ev	Descrição	Referência	Proventos		Descontos		
1	Salario Base	10 Dias	751,68				
18	P.L.R		451,01				
35	Horas Extras 50% Diurnas	021:38 hs	328,77				
59	DSR S/Horas Extras Diurnas	005:33 hs	54,79				
1445	Plano de Saúde/Odontológico						
	1 - Titular/NOTRE DAME INTERMEDICA SAUDE S.A.	10,00			19,73		
1713	PREMIAÇÃO KM RODADO X 0,03 II		60,63				
1721	PREM CARGA DESCARGA X 18,00		506,00				
1724	Mensalidade Plano de Saúde - PARTE EMPRESA						
	1 - Titular/NOTRE DAME INTERMEDICA SAUDE S.A.	30,00	236,79				
1866	Taxa Assistencial	2,00 %			45,10		
1950	INSS	14,00 %			139,86		
2027	Prêmio Dia		242,00				
<b>Total</b>			<b>2.394,88</b>		<b>204,69</b>		
<b>Total Líquido</b>			<b>2.190,19</b>				
Salário Base		Sal Cont INSS	Bas Cálc FGTS	FGTS Mês	Base IRRF C/Ded Simp	Faixa	Dep
2.255,03		4.372,61	4.372,61	349,79	1.379,07	0,00	00
Recebi em: ____/____/____				Assinatura: _____			