

0291-JB TRANSPORTES DE CARGAS LTDA				Demonstrativo de Pagamento de Salário			
JB TRANSPORTES DE CARGAS LTDA Belém - PA				01/2025		Mensal	
CNPJ 03.299.955/0004-22			CPF: 026.016.192-60				
Cadastro 9937	Nome do Funcionário		CBO	Empresa	Local	Departamento	FL
	PAULA ARIANY FREIRE BASTOS PONTES		411010	291	4	025.000.000	01
Assistente Operacional			Data Admissão:		11/12/2023		
Ev	Descrição		Referência	Proventos		Descontos	
1	Salario Base		30 Dias	2.237,08			
35	Horas Extras 50% Diurnas		004:87 hs	74,23			
59	DSR S/Horas Extras Diurnas		001:40 hs	14,28			
820	Desconto Adiantamento - IRRF					894,83	
1445	Plano de Saúde/Odontológico						
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA		30,00			136,62	
1447	Outras Despesas - Plano de Saúde/Odonto						
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA		30,00			18,29	
1724	Mensalidade Plano de Saúde - PARTE EMPRESA						
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA		30,00	136,62			
1793	Ticket Refeição (PAT)			400,00			
1950	INSS		9,00 %			186,53	
Total				2.725,59		1.236,27	
Total Líquido						1.489,32	
Salário Base		Sal Cont INSS	Bas Cálc FGTS	FGTS Mês	Base IRRF C/Ded Simp	Faixa	Dep
2.237,08		2.325,59	2.325,59	186,04	865,96	0,00	01
Recebi em: ____/____/____				Assinatura: _____			

0291-JB TRANSPORTES DE CARGAS LTDA				Demonstrativo de Pagamento de Salário			
JB TRANSPORTES DE CARGAS LTDA Belém - PA				01/2025		Mensal	
CNPJ 03.299.955/0004-22			CPF: 026.016.192-60				
Cadastro 9937	Nome do Funcionário		CBO	Empresa	Local	Departamento	FL
	PAULA ARIANY FREIRE BASTOS PONTES		411010	291	4	025.000.000	01
Assistente Operacional			Data Admissão:		11/12/2023		
Ev	Descrição		Referência	Proventos		Descontos	
1	Salario Base		30 Dias	2.237,08			
35	Horas Extras 50% Diurnas		004:87 hs	74,23			
59	DSR S/Horas Extras Diurnas		001:40 hs	14,28			
820	Desconto Adiantamento - IRRF					894,83	
1445	Plano de Saúde/Odontológico						
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA		30,00			136,62	
1447	Outras Despesas - Plano de Saúde/Odonto						
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA		30,00			18,29	
1724	Mensalidade Plano de Saúde - PARTE EMPRESA						
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA		30,00	136,62			
1793	Ticket Refeição (PAT)			400,00			
1950	INSS		9,00 %			186,53	
Total				2.725,59		1.236,27	
Total Líquido						1.489,32	
Salário Base		Sal Cont INSS	Bas Cálc FGTS	FGTS Mês	Base IRRF C/Ded Simp	Faixa	Dep
2.237,08		2.325,59	2.325,59	186,04	865,96	0,00	01
Recebi em: ____/____/____				Assinatura: _____			