

0291-JB TRANSPORTES DE CARGAS LTDA				Demonstrativo de Pagamento de Salário				
JB TRANSPORTES DE CARGAS LTDA Belém - PA				03/2025		Mensal		
CNPJ 03.299.955/0004-22				CPF: 026.016.192-60				
Cadastro 9937		Nome do Funcionário PAULA ARIANY FREIRE BASTOS PONTES		CBO 411010	Empresa 291	Local 4	Departamento 025.000.000	FL 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	008:22 hs	125,33					
59	DSR S/Horas Extras Diurnas	002:95 hs	30,08					
63	Vale Transp.Dinheiro		320,00					
816	Vale Transporte (%)	6,00 %		134,22				
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 %		192,55				
Total			3.112,49	1.376,51				
Total Líquido				1.735,98				
Salário Base		Sal Cont INSS	Bas Cálc FGTS	FGTS Mês	Base IRRF C/Ded Simp	Faixa	Dep	
2.237,08		2.392,49	2.392,49	191,39	932,86	0,00	01	
Recebi em: ____/____/____				Assinatura: _____				

0291-JB TRANSPORTES DE CARGAS LTDA				Demonstrativo de Pagamento de Salário				
JB TRANSPORTES DE CARGAS LTDA Belém - PA				03/2025		Mensal		
CNPJ 03.299.955/0004-22				CPF: 026.016.192-60				
Cadastro 9937		Nome do Funcionário PAULA ARIANY FREIRE BASTOS PONTES		CBO 411010	Empresa 291	Local 4	Departamento 025.000.000	FL 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	008:22 hs	125,33					
59	DSR S/Horas Extras Diurnas	002:95 hs	30,08					
63	Vale Transp.Dinheiro		320,00					
816	Vale Transporte (%)	6,00 %		134,22				
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 %		192,55				
Total			3.112,49	1.376,51				
Total Líquido				1.735,98				
Salário Base		Sal Cont INSS	Bas Cálc FGTS	FGTS Mês	Base IRRF C/Ded Simp	Faixa	Dep	
2.237,08		2.392,49	2.392,49	191,39	932,86	0,00	01	
Recebi em: ____/____/____				Assinatura: _____				