

0291-JB TRANSPORTES DE CARGAS LTDA				Demonstrativo de Pagamento de Salário				
JB TRANSPORTES DE CARGAS LTDA Belém - PA				05/2025		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	014:48 hs		220,91				
59	DSR S/Horas Extras Diurnas	004:17 hs		42,48				
63	Vale Transp.Dinheiro			368,00				
250	13o Salário Adiantamento			1.118,54				
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		
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 %				202,27		
Total				4.387,01		1.367,94		
Total Líquido						3.019,07		
Salário Base		Sal Cont INSS	Bas Cálc FGTS	FGTS Mês	Base IRRF C/Ded Simp	Faixa	Dep	
2.237,08		2.500,47	3.619,01	289,51	998,44	0,00	01	
Recebi em: ____/____/____				Assinatura: _____				

0291-JB TRANSPORTES DE CARGAS LTDA				Demonstrativo de Pagamento de Salário				
JB TRANSPORTES DE CARGAS LTDA Belém - PA				05/2025		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	014:48 hs		220,91				
59	DSR S/Horas Extras Diurnas	004:17 hs		42,48				
63	Vale Transp.Dinheiro			368,00				
250	13o Salário Adiantamento			1.118,54				
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		
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 %				202,27		
Total				4.387,01		1.367,94		
Total Líquido						3.019,07		
Salário Base		Sal Cont INSS	Bas Cálc FGTS	FGTS Mês	Base IRRF C/Ded Simp	Faixa	Dep	
2.237,08		2.500,47	3.619,01	289,51	998,44	0,00	01	
Recebi em: ____/____/____				Assinatura: _____				