

0291-JB TRANSPORTES DE CARGAS LTDA				Demonstrativo de Pagamento de Salário			
JB TRANSPORTES DE CARGAS LTDA Belém - PA				07/2025		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	21 Dias	1.649,26				
35	Horas Extras 50% Diurnas	007:83 hs	125,84				
59	DSR S/Horas Extras Diurnas	001:73 hs	18,64				
63	Vale Transp.Dinheiro		368,00				
388	Diferença de Férias		52,90				
816	Vale Transporte (%)	6,00 %			98,96		
1445	Plano de Saúde/Odontológico						
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	20,00			136,62		
1724	Mensalidade Plano de Saúde - PARTE EMPRESA						
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00	136,62				
1793	Ticket Refeição (PAT)		476,00				
1950	INSS	12,00 %			163,43		
4004	Empréstimo Crédito do Trabalhador				448,07		
4005	Devol./Desc Empréstimo Crédito Trabalhador-Férias		149,36				
<b>Total</b>			<b>2.840,00</b>		<b>801,54</b>		
<b>Total Líquido</b>			<b>2.038,46</b>				
Salário Base		Sal Cont INSS	Bas Cálc FGTS	FGTS Mês	Base IRRF C/Ded Simp	Faixa	Dep
2.356,09		2.922,85	2.922,85	233,82	1.239,44	0,00	01
Recebi em: ____/____/____				Assinatura: _____			

0291-JB TRANSPORTES DE CARGAS LTDA				Demonstrativo de Pagamento de Salário			
JB TRANSPORTES DE CARGAS LTDA Belém - PA				07/2025		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	21 Dias	1.649,26				
35	Horas Extras 50% Diurnas	007:83 hs	125,84				
59	DSR S/Horas Extras Diurnas	001:73 hs	18,64				
63	Vale Transp.Dinheiro		368,00				
388	Diferença de Férias		52,90				
816	Vale Transporte (%)	6,00 %			98,96		
1445	Plano de Saúde/Odontológico						
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	20,00			136,62		
1724	Mensalidade Plano de Saúde - PARTE EMPRESA						
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00	136,62				
1793	Ticket Refeição (PAT)		476,00				
1950	INSS	12,00 %			163,43		
4004	Empréstimo Crédito do Trabalhador				448,07		
4005	Devol./Desc Empréstimo Crédito Trabalhador-Férias		149,36				
<b>Total</b>			<b>2.840,00</b>		<b>801,54</b>		
<b>Total Líquido</b>			<b>2.038,46</b>				
Salário Base		Sal Cont INSS	Bas Cálc FGTS	FGTS Mês	Base IRRF C/Ded Simp	Faixa	Dep
2.356,09		2.922,85	2.922,85	233,82	1.239,44	0,00	01
Recebi em: ____/____/____				Assinatura: _____			