

0291-JB TRANSPORTES DE CARGAS LTDA				Demonstrativo de Pagamento de Salário			
JB TRANSPORTES DE CARGAS LTDA São Bernardo do Campo - SP				06/2025		Mensal	
CNPJ 03.299.955/0009-37			CPF: 427.933.318-13				
Cadastro 10071	Nome do Funcionário		CBO	Empresa	Local	Departamento	FL
	DANIEL DOS SANTOS PAULA		992115	291	9	015.000.000	01
Auxiliar de Manutenção		Data Admissão:			03/02/2025		
Ev	Descrição	Referência	Proventos		Descontos		
1	Salario Base	30 Dias	2.530,93				
35	Horas Extras 50% Diurnas	011:60 hs	200,17				
49	Horas Extras 100% Diurnas	008:65 hs	199,02				
59	DSR S/Horas Extras Diurnas	008:67 hs	99,80				
816	Vale Transporte (%)	6,00 %			151,86		
820	Desconto Adiantamento - IRRF				1.012,37		
1445	Plano de Saúde/Odontológico						
	1 - Titular/NOTRE DAME INTERMEDICA SAUDE S.A.	30,00			59,20		
1724	Mensalidade Plano de Saúde - PARTE EMPRESA						
	1 - Titular/NOTRE DAME INTERMEDICA SAUDE S.A.	30,00	236,79				
1950	INSS	12,00 %			256,99		
<b>Total</b>			<b>3.029,92</b>		<b>1.480,42</b>		
<b>Total Líquido</b>			<b>1.549,50</b>				
Salário Base		Sal Cont INSS	Bas Cálc FGTS	FGTS Mês	Base IRRF C/Ded Simp	Faixa	Dep
2.530,93		3.029,92	3.029,92	242,39	1.410,35	0,00	01
Recebi em: ____/____/____				Assinatura: _____			

0291-JB TRANSPORTES DE CARGAS LTDA				Demonstrativo de Pagamento de Salário			
JB TRANSPORTES DE CARGAS LTDA São Bernardo do Campo - SP				06/2025		Mensal	
CNPJ 03.299.955/0009-37			CPF: 427.933.318-13				
Cadastro 10071	Nome do Funcionário		CBO	Empresa	Local	Departamento	FL
	DANIEL DOS SANTOS PAULA		992115	291	9	015.000.000	01
Auxiliar de Manutenção		Data Admissão:			03/02/2025		
Ev	Descrição	Referência	Proventos		Descontos		
1	Salario Base	30 Dias	2.530,93				
35	Horas Extras 50% Diurnas	011:60 hs	200,17				
49	Horas Extras 100% Diurnas	008:65 hs	199,02				
59	DSR S/Horas Extras Diurnas	008:67 hs	99,80				
816	Vale Transporte (%)	6,00 %			151,86		
820	Desconto Adiantamento - IRRF				1.012,37		
1445	Plano de Saúde/Odontológico						
	1 - Titular/NOTRE DAME INTERMEDICA SAUDE S.A.	30,00			59,20		
1724	Mensalidade Plano de Saúde - PARTE EMPRESA						
	1 - Titular/NOTRE DAME INTERMEDICA SAUDE S.A.	30,00	236,79				
1950	INSS	12,00 %			256,99		
<b>Total</b>			<b>3.029,92</b>		<b>1.480,42</b>		
<b>Total Líquido</b>			<b>1.549,50</b>				
Salário Base		Sal Cont INSS	Bas Cálc FGTS	FGTS Mês	Base IRRF C/Ded Simp	Faixa	Dep
2.530,93		3.029,92	3.029,92	242,39	1.410,35	0,00	01
Recebi em: ____/____/____				Assinatura: _____			