

0291-JB TRANSPORTES DE CARGAS LTDA				Demonstrativo de Pagamento de Salário			
JB TRANSPORTES DE CARGAS LTDA São Bernardo do Campo - SP				03/2025		Mensal	
CNPJ 03.299.955/0009-37			CPF: 462.298.498-95				
Cadastro 9996	Nome do Funcionário		CBO	Empresa	Local	Departamento	FL
	WESLLEY TEIXEIRA KLAIBER		411010	291	9	027.000.000	01
Assistente Administrativo		Data Admissão:			03/07/2024		
Ev	Descrição	Referência	Proventos		Descontos		
1	Salario Base	30 Dias	2.918,27				
35	Horas Extras 50% Diurnas	001:88 hs	38,69				
59	DSR S/Horas Extras Diurnas	000:67 hs	9,29				
816	Vale Transporte (%)	6,00 %			175,10		
820	Desconto Adiantamento - IRRF				1.167,31		
1391	Dsr sobre Adic.Noturno	006:90 hs	18,33				
1392	ADICIONAL NOTURNO (V)	028:78 hs	76,36				
1445	Plano de Saúde/Odontológico						
	1 - Titular/NOTRE DAME INTERMEDICA SAUDE S.A.	30,00			59,20		
	2 - Dependente/NOTRE DAME INTERMEDICA SAUDE S.A.	30,00			295,98		
1724	Mensalidade Plano de Saúde - PARTE EMPRESA						
	1 - Titular/NOTRE DAME INTERMEDICA SAUDE S.A.	30,00	236,79				
	2 - Dependente/NOTRE DAME INTERMEDICA SAUDE S.A.	30,00	295,98				
1950	INSS	12,00 %			260,71		
Total			3.060,94		1.958,30		
Total Líquido					1.102,64		
Salário Base		Sal Cont INSS	Bas Cálc FGTS	FGTS Mês	Base IRRF C/Ded Simp	Faixa	Dep
2.918,27		3.060,94	3.060,94	244,87	1.328,83	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				03/2025		Mensal	
CNPJ 03.299.955/0009-37			CPF: 462.298.498-95				
Cadastro 9996	Nome do Funcionário		CBO	Empresa	Local	Departamento	FL
	WESLLEY TEIXEIRA KLAIBER		411010	291	9	027.000.000	01
Assistente Administrativo		Data Admissão:			03/07/2024		
Ev	Descrição	Referência	Proventos		Descontos		
1	Salario Base	30 Dias	2.918,27				
35	Horas Extras 50% Diurnas	001:88 hs	38,69				
59	DSR S/Horas Extras Diurnas	000:67 hs	9,29				
816	Vale Transporte (%)	6,00 %			175,10		
820	Desconto Adiantamento - IRRF				1.167,31		
1391	Dsr sobre Adic.Noturno	006:90 hs	18,33				
1392	ADICIONAL NOTURNO (V)	028:78 hs	76,36				
1445	Plano de Saúde/Odontológico						
	1 - Titular/NOTRE DAME INTERMEDICA SAUDE S.A.	30,00			59,20		
	2 - Dependente/NOTRE DAME INTERMEDICA SAUDE S.A.	30,00			295,98		
1724	Mensalidade Plano de Saúde - PARTE EMPRESA						
	1 - Titular/NOTRE DAME INTERMEDICA SAUDE S.A.	30,00	236,79				
	2 - Dependente/NOTRE DAME INTERMEDICA SAUDE S.A.	30,00	295,98				
1950	INSS	12,00 %			260,71		
Total			3.060,94		1.958,30		
Total Líquido					1.102,64		
Salário Base		Sal Cont INSS	Bas Cálc FGTS	FGTS Mês	Base IRRF C/Ded Simp	Faixa	Dep
2.918,27		3.060,94	3.060,94	244,87	1.328,83	0,00	01
Recebi em: ____/____/____				Assinatura: _____			