

| 0291-JB TRANSPORTES DE CARGAS LTDA | | | | Demonstrativo de Pagamento de Salário | | | |
|--|---|---------------|---------------------|---------------------------------------|---------------|--------------|----------|
| JB TRANSPORTES DE CARGAS LTDA Belém - PA | | | | 12/2025 | | Mensal | |
| CNPJ 03.299.955/0004-22 | | | CPF: 000.367.402-92 | | | | |
| Cadastro 9965 | Nome do Funcionário | | CBO | Empresa | Local | Departamento | FL |
| | CARLOS EDUARDO ALVES DE OLIVEIRA | | 411010 | 291 | 4 | 025.000.000 | 01 |
| Assistente Operacional | | | Data Admissão: | | 03/04/2024 | | |
| Ev | Descrição | Referência | Proventos | | Descontos | | |
| 161 | Estouro do Mês Anterior | | | | 1.081,06 | | |
| 163 | Estouro do Mês | | 1.230,66 | | | | |
| 200 | Horas Auxílio Doença Diurnas | 30 Dias | 2.356,09 | | | | |
| 1445 | Plano de Saude/Odontologico | | | | | | |
| | 1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA | 30,00 | | | 149,60 | | |
| 1724 | Mensalidade Plano de Saúde - PARTE EMPRESA | | | | | | |
| | 1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA | 30,00 | 149,60 | | | | |
| Banco: 237 Bradesco - Agência: 5593 Conta: 41593-6 | | | Total | | 1.230,66 | | 1.230,66 |
| | | | Total Líquido | | 0,00 | | |
| Salário Base | | Sal Cont INSS | Bas Cálc FGTS | FGTS Mês | Bas Cálc IRRF | Faixa | Dep |
| 2.356,09 | | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 00 |
| Recebi em: ____/____/____ | | | | Assinatura: _____ | | | |

| 0291-JB TRANSPORTES DE CARGAS LTDA | | | | Demonstrativo de Pagamento de Salário | | | |
|--|---|---------------|---------------------|---------------------------------------|---------------|--------------|----------|
| JB TRANSPORTES DE CARGAS LTDA Belém - PA | | | | 12/2025 | | Mensal | |
| CNPJ 03.299.955/0004-22 | | | CPF: 000.367.402-92 | | | | |
| Cadastro 9965 | Nome do Funcionário | | CBO | Empresa | Local | Departamento | FL |
| | CARLOS EDUARDO ALVES DE OLIVEIRA | | 411010 | 291 | 4 | 025.000.000 | 01 |
| Assistente Operacional | | | Data Admissão: | | 03/04/2024 | | |
| Ev | Descrição | Referência | Proventos | | Descontos | | |
| 161 | Estouro do Mês Anterior | | | | 1.081,06 | | |
| 163 | Estouro do Mês | | 1.230,66 | | | | |
| 200 | Horas Auxílio Doença Diurnas | 30 Dias | 2.356,09 | | | | |
| 1445 | Plano de Saude/Odontologico | | | | | | |
| | 1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA | 30,00 | | | 149,60 | | |
| 1724 | Mensalidade Plano de Saúde - PARTE EMPRESA | | | | | | |
| | 1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA | 30,00 | 149,60 | | | | |
| Banco: 237 Bradesco - Agência: 5593 Conta: 41593-6 | | | Total | | 1.230,66 | | 1.230,66 |
| | | | Total Líquido | | 0,00 | | |
| Salário Base | | Sal Cont INSS | Bas Cálc FGTS | FGTS Mês | Bas Cálc IRRF | Faixa | Dep |
| 2.356,09 | | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 00 |
| Recebi em: ____/____/____ | | | | Assinatura: _____ | | | |