

0291-JB TRANSPORTES DE CARGAS LTDA				Demonstrativo de Pagamento de Salário			
JB TRANSPORTES DE CARGAS LTDA Belém - PA				01/2026		Mensal	
CNPJ 03.299.955/0004-22			CPF: 790.786.722-34				
Cadastro 10020	Nome do Funcionário		CBO	Empresa	Local	Departamento	FL
	DANIEL DA SILVA PEREIRA		782510	291	4	025.000.000	01
Motorista Truck		Data Admissão:			27/08/2024		
Ev	Descrição	Referência	Proventos		Descontos		
1	Salario Base	2 Dias	192,56				
161	Estouro do Mês Anterior				1.285,09		
163	Estouro do Mês		1.558,02				
200	Horas Auxílio Doença Diurnas	28 Dias	2.695,81				
210	Med.Hrs.Ext.Auxílio Doença Diurna	081:70 hs	1.072,64				
214	Med.Eve.Var.Auxílio Doença	205:33 hs	21,90				
1445	Plano de Saude/Odontologico						
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00			149,60		
1447	Outras Despesas - Plano de Saude/Odonto						
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00			299,52		
1724	Mensalidade Plano de Saúde - PARTE EMPRESA						
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00	149,60				
1866	Taxa Assistencial	1,00 %			1,93		
1950	INSS	7,50 %			14,44		
Banco: 237 Bradesco - Agência: 875-3 Conta: 91772-9							
Parabens ! Feliz Aniversario 01/02			Total		1.750,58		1.750,58
			Total Líquido		0,00		
	Salário Base	Sal Cont INSS	Bas Cálc FGTS	FGTS Mês	Base IRRF C/Ded Simp	Faixa	Dep
	2.888,37	192,56	192,56	15,40	0,00	0,00	02
Recebi em: ____/____/____			Assinatura: _____				

0291-JB TRANSPORTES DE CARGAS LTDA				Demonstrativo de Pagamento de Salário			
JB TRANSPORTES DE CARGAS LTDA Belém - PA				01/2026		Mensal	
CNPJ 03.299.955/0004-22			CPF: 790.786.722-34				
Cadastro 10020	Nome do Funcionário		CBO	Empresa	Local	Departamento	FL
	DANIEL DA SILVA PEREIRA		782510	291	4	025.000.000	01
Motorista Truck		Data Admissão:			27/08/2024		
Ev	Descrição	Referência	Proventos		Descontos		
1	Salario Base	2 Dias	192,56				
161	Estouro do Mês Anterior				1.285,09		
163	Estouro do Mês		1.558,02				
200	Horas Auxílio Doença Diurnas	28 Dias	2.695,81				
210	Med.Hrs.Ext.Auxílio Doença Diurna	081:70 hs	1.072,64				
214	Med.Eve.Var.Auxílio Doença	205:33 hs	21,90				
1445	Plano de Saude/Odontologico						
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00			149,60		
1447	Outras Despesas - Plano de Saude/Odonto						
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00			299,52		
1724	Mensalidade Plano de Saúde - PARTE EMPRESA						
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00	149,60				
1866	Taxa Assistencial	1,00 %			1,93		
1950	INSS	7,50 %			14,44		
Banco: 237 Bradesco - Agência: 875-3 Conta: 91772-9							
Parabens ! Feliz Aniversario 01/02			Total		1.750,58		1.750,58
			Total Líquido		0,00		
	Salário Base	Sal Cont INSS	Bas Cálc FGTS	FGTS Mês	Base IRRF C/Ded Simp	Faixa	Dep
	2.888,37	192,56	192,56	15,40	0,00	0,00	02
Recebi em: ____/____/____			Assinatura: _____				