

| 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: 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 | | |
| 161 | Estouro do Mês Anterior | | | | 272,27 | | |
| 163 | Estouro do Mês | | 445,47 | | | | |
| 200 | Horas Auxílio Doença Diurnas | 30 Dias | 2.888,36 | | | | |
| 210 | Med.Hrs.Ext.Auxílio Doença Diurna | 087:53 hs | 1.149,22 | | | | |
| 214 | Med.Eve.Var.Auxílio Doença | 220:00 hs | 23,47 | | | | |
| 1445 | Plano de Saúde/Odontológico | | | | | | |
| | 1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA | 30,00 | | | 136,62 | | |
| 1447 | Outras Despesas - Plano de Saúde/Odonto | | | | | | |
| | 1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA | 30,00 | | | 36,58 | | |
| 1724 | Mensalidade Plano de Saúde - PARTE EMPRESA | | | | | | |
| | 1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA | 30,00 | 136,62 | | | | |
| Banco: 237 Bradesco - Agência: 875 Conta: 91772-9 | | | Total | | 445,47 | | 445,47 |
| | | | Total Líquido | | 0,00 | | |
| Salário Base | | Sal Cont INSS | Bas Cálc FGTS | FGTS Mês | Base IRRF C/Ded Simp | Faixa | Dep |
| 2.888,36 | | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 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 | | | | 07/2025 | | 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 | | |
| 161 | Estouro do Mês Anterior | | | | 272,27 | | |
| 163 | Estouro do Mês | | 445,47 | | | | |
| 200 | Horas Auxílio Doença Diurnas | 30 Dias | 2.888,36 | | | | |
| 210 | Med.Hrs.Ext.Auxílio Doença Diurna | 087:53 hs | 1.149,22 | | | | |
| 214 | Med.Eve.Var.Auxílio Doença | 220:00 hs | 23,47 | | | | |
| 1445 | Plano de Saúde/Odontológico | | | | | | |
| | 1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA | 30,00 | | | 136,62 | | |
| 1447 | Outras Despesas - Plano de Saúde/Odonto | | | | | | |
| | 1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA | 30,00 | | | 36,58 | | |
| 1724 | Mensalidade Plano de Saúde - PARTE EMPRESA | | | | | | |
| | 1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA | 30,00 | 136,62 | | | | |
| Banco: 237 Bradesco - Agência: 875 Conta: 91772-9 | | | Total | | 445,47 | | 445,47 |
| | | | Total Líquido | | 0,00 | | |
| Salário Base | | Sal Cont INSS | Bas Cálc FGTS | FGTS Mês | Base IRRF C/Ded Simp | Faixa | Dep |
| 2.888,36 | | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 02 |
| Recebi em: ____/____/____ | | | Assinatura: _____ | | | | |