

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: 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				1.096,38		
163	Estouro do Mês		1.285,09				
200	Horas Auxílio Doença Diurnas	30 Dias	2.888,37				
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 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			39,11		
1724	Mensalidade Plano de Saúde - PARTE EMPRESA						
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00	149,60				
Banco: 237 Bradesco - Agência: 875-3 Conta: 91772-9			Total		1.285,09		1.285,09
			Total Líquido		0,00		
Salário Base		Sal Cont INSS	Bas Cálc FGTS	FGTS Mês	Bas Cálc IRRF	Faixa	Dep
2.888,37		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				12/2025		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				1.096,38		
163	Estouro do Mês		1.285,09				
200	Horas Auxílio Doença Diurnas	30 Dias	2.888,37				
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 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			39,11		
1724	Mensalidade Plano de Saúde - PARTE EMPRESA						
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00	149,60				
Banco: 237 Bradesco - Agência: 875-3 Conta: 91772-9			Total		1.285,09		1.285,09
			Total Líquido		0,00		
Salário Base		Sal Cont INSS	Bas Cálc FGTS	FGTS Mês	Bas Cálc IRRF	Faixa	Dep
2.888,37		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	02
Recebi em: ____/____/____				Assinatura: _____			