

0291-JB TRANSPORTES DE CARGAS LTDA				Demonstrativo de Pagamento de Salário			
JB TRANSPORTES DE CARGAS LTDA Belém - PA				05/2026		Mensal	
CNPJ 03.299.955/0004-22			CPF: 045.201.682-79				
Cadastro 10056	Nome do Funcionário EMANUELY RAIMAR BRAGA SALDANHA		CBO 411010	Empresa 291	Local 4	Departamento 025.000.000	FL 01
Auxiliar de RH		Data Admissão:			06/11/2024		
Ev	Descrição	Referência	Proventos		Descontos		
110	Horas Lic.Mater.Diurnas(GPS)	30 Dias	2.356,09				
120	Med.Hrs.Ext.Lic.Mater.Diurnas (GPS)	022:42 hs	264,08				
1445	Plano de Saude/Odontologico						
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00			149,60		
	2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00			299,20		
1447	Outras Despesas - Plano de Saude/Odonto						
	1 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00			20,03		
	2 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00			218,76		
1724	Mensalidade Plano de Saúde - PARTE EMPRESA						
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00	149,60				
	2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00	299,20				
1950	INSS	9,00 %			211,49		
Banco: 237 Bradesco - Agência: 875-3 Conta: 58497-5			Total		2.620,17		899,08
			Total Líquido		1.721,09		
Salário Base		Sal Cont INSS	Bas Cálc FGTS	FGTS Mês	Base IRRF C/Ded Simp	Faixa	Dep
2.356,09		2.620,17	2.620,17	209,61	2.012,97	0,00	01
Recebi em: ____/____/____ Assinatura: _____							

0291-JB TRANSPORTES DE CARGAS LTDA				Demonstrativo de Pagamento de Salário			
JB TRANSPORTES DE CARGAS LTDA Belém - PA				05/2026		Mensal	
CNPJ 03.299.955/0004-22			CPF: 045.201.682-79				
Cadastro 10056	Nome do Funcionário EMANUELY RAIMAR BRAGA SALDANHA		CBO 411010	Empresa 291	Local 4	Departamento 025.000.000	FL 01
Auxiliar de RH		Data Admissão:			06/11/2024		
Ev	Descrição	Referência	Proventos		Descontos		
110	Horas Lic.Mater.Diurnas(GPS)	30 Dias	2.356,09				
120	Med.Hrs.Ext.Lic.Mater.Diurnas (GPS)	022:42 hs	264,08				
1445	Plano de Saude/Odontologico						
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00			149,60		
	2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00			299,20		
1447	Outras Despesas - Plano de Saude/Odonto						
	1 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00			20,03		
	2 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00			218,76		
1724	Mensalidade Plano de Saúde - PARTE EMPRESA						
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00	149,60				
	2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00	299,20				
1950	INSS	9,00 %			211,49		
Banco: 237 Bradesco - Agência: 875-3 Conta: 58497-5			Total		2.620,17		899,08
			Total Líquido		1.721,09		
Salário Base		Sal Cont INSS	Bas Cálc FGTS	FGTS Mês	Base IRRF C/Ded Simp	Faixa	Dep
2.356,09		2.620,17	2.620,17	209,61	2.012,97	0,00	01
Recebi em: ____/____/____ Assinatura: _____							