

0291-JB TRANSPORTES DE CARGAS LTDA				Demonstrativo de Pagamento de Salário			
JB TRANSPORTES DE CARGAS LTDA São Bernardo do Campo - SP				11/2025		Mensal	
CNPJ 03.299.955/0009-37			CPF: 140.160.598-28				
Cadastro 10117	Nome do Funcionário EMERSON FERNANDO DE OLIVEIRA		CBO 782510	Empresa 291	Local 9	Departamento 028.000.000	FL 01
Motorista de Caminhão			Data Admissão:		19/07/2025		
Ev	Descrição	Referência	Proventos		Descontos		
161	Estouro do Mês Anterior				207,19		
163	Estouro do Mês		434,06				
200	Horas Auxílio Doença Diurnas	30 Dias	2.390,33				
1445	Plano de Saude/Odontologico						
	1 - Titular/NOTRE DAME INTERMEDICA SAUDE S.A.	30,00			64,82		
	2 - Dependente/NOTRE DAME INTERMEDICA SAUDE S.A.	30,00			162,05		
1724	Mensalidade Plano de Saúde - PARTE EMPRESA						
	1 - Titular/NOTRE DAME INTERMEDICA SAUDE S.A.	30,00	259,29				
	2 - Dependente/NOTRE DAME INTERMEDICA SAUDE S.A.	30,00	162,05				
<b>Total</b>			434,06		434,06		
<b>Total Líquido</b>					0,00		
Salário Base	Sal Cont INSS	Bas Cálc FGTS	FGTS Mês	Base IRRF C/Ded Simp	Faixa	Dep	
2.390,33	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	01	
Recebi em: ____/____/____ Assinatura: _____							

0291-JB TRANSPORTES DE CARGAS LTDA				Demonstrativo de Pagamento de Salário			
JB TRANSPORTES DE CARGAS LTDA São Bernardo do Campo - SP				11/2025		Mensal	
CNPJ 03.299.955/0009-37			CPF: 140.160.598-28				
Cadastro 10117	Nome do Funcionário EMERSON FERNANDO DE OLIVEIRA		CBO 782510	Empresa 291	Local 9	Departamento 028.000.000	FL 01
Motorista de Caminhão			Data Admissão:		19/07/2025		
Ev	Descrição	Referência	Proventos		Descontos		
161	Estouro do Mês Anterior				207,19		
163	Estouro do Mês		434,06				
200	Horas Auxílio Doença Diurnas	30 Dias	2.390,33				
1445	Plano de Saude/Odontologico						
	1 - Titular/NOTRE DAME INTERMEDICA SAUDE S.A.	30,00			64,82		
	2 - Dependente/NOTRE DAME INTERMEDICA SAUDE S.A.	30,00			162,05		
1724	Mensalidade Plano de Saúde - PARTE EMPRESA						
	1 - Titular/NOTRE DAME INTERMEDICA SAUDE S.A.	30,00	259,29				
	2 - Dependente/NOTRE DAME INTERMEDICA SAUDE S.A.	30,00	162,05				
<b>Total</b>			434,06		434,06		
<b>Total Líquido</b>					0,00		
Salário Base	Sal Cont INSS	Bas Cálc FGTS	FGTS Mês	Base IRRF C/Ded Simp	Faixa	Dep	
2.390,33	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	01	
Recebi em: ____/____/____ Assinatura: _____							