

0291-JB TRANSPORTES DE CARGAS LTDA				Demonstrativo de Pagamento de Salário			
JB TRANSPORTES DE CARGAS LTDA Belém - PA				03/2026		Mensal	
CNPJ 03.299.955/0004-22			CPF: 598.380.512-68				
Cadastro 10120	Nome do Funcionário LUCIANA ALVES CIRILO BATISTA		CBO 411010	Empresa 291	Local 4	Departamento 025.000.000	FL 01
Assistente Operacional			Data Admissão:		28/07/2025		
Ev	Descrição	Referência	Proventos		Descontos		
1	Salario Base	30 Dias	2.356,09				
35	Horas Extras 50% Diurnas	008:32 hs	133,60				
59	DSR S/Horas Extras Diurnas	002:38 hs	25,69				
63	Vale Transp.Dinheiro		368,00				
816	Vale Transporte (%)	6,00 %			141,37		
820	Desconto Adiantamento - IRRF				942,44		
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			33,38		
1724	Mensalidade Plano de Saúde - PARTE EMPRESA						
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00	149,60				
1793	Ticket Refeicao (PAT)		420,00				
1950	INSS	9,00 %			202,06		
Banco: 237 Bradesco - Agência: 5593 Conta: 50966-3			Total		3.303,38		1.468,85
			Total Líquido		1.834,53		
Salário Base		Sal Cont INSS	Bas Cálc FGTS	FGTS Mês	Base IRRF C/Ded Simp	Faixa	Dep
2.356,09		2.515,38	2.515,38	201,23	965,74	0,00	00
Recebi em: ____/____/____			Assinatura: _____				

0291-JB TRANSPORTES DE CARGAS LTDA				Demonstrativo de Pagamento de Salário			
JB TRANSPORTES DE CARGAS LTDA Belém - PA				03/2026		Mensal	
CNPJ 03.299.955/0004-22			CPF: 598.380.512-68				
Cadastro 10120	Nome do Funcionário LUCIANA ALVES CIRILO BATISTA		CBO 411010	Empresa 291	Local 4	Departamento 025.000.000	FL 01
Assistente Operacional			Data Admissão:		28/07/2025		
Ev	Descrição	Referência	Proventos		Descontos		
1	Salario Base	30 Dias	2.356,09				
35	Horas Extras 50% Diurnas	008:32 hs	133,60				
59	DSR S/Horas Extras Diurnas	002:38 hs	25,69				
63	Vale Transp.Dinheiro		368,00				
816	Vale Transporte (%)	6,00 %			141,37		
820	Desconto Adiantamento - IRRF				942,44		
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			33,38		
1724	Mensalidade Plano de Saúde - PARTE EMPRESA						
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00	149,60				
1793	Ticket Refeicao (PAT)		420,00				
1950	INSS	9,00 %			202,06		
Banco: 237 Bradesco - Agência: 5593 Conta: 50966-3			Total		3.303,38		1.468,85
			Total Líquido		1.834,53		
Salário Base		Sal Cont INSS	Bas Cálc FGTS	FGTS Mês	Base IRRF C/Ded Simp	Faixa	Dep
2.356,09		2.515,38	2.515,38	201,23	965,74	0,00	00
Recebi em: ____/____/____			Assinatura: _____				