

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: 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	004:30 hs	69,08				
59	DSR S/Horas Extras Diurnas	001:53 hs	16,58				
63	Vale Transp.Dinheiro		404,80				
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			20,03		
1724	Mensalidade Plano de Saúde - PARTE EMPRESA						
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00	149,60				
1793	Ticket Refeicao (PAT)		462,00				
1950	INSS	9,00 %			195,43		
Banco: 237 Bradesco - Agência: 5593 Conta: 50966-3			Total		3.308,55		1.448,87
			Total Líquido		1.859,68		
Salário Base		Sal Cont INSS	Bas Cálc FGTS	FGTS Mês	Base IRRF C/Ded Simp	Faixa	Dep
2.356,09		2.441,75	2.441,75	195,34	892,11	0,00	00
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: 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	004:30 hs	69,08				
59	DSR S/Horas Extras Diurnas	001:53 hs	16,58				
63	Vale Transp.Dinheiro		404,80				
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			20,03		
1724	Mensalidade Plano de Saúde - PARTE EMPRESA						
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00	149,60				
1793	Ticket Refeicao (PAT)		462,00				
1950	INSS	9,00 %			195,43		
Banco: 237 Bradesco - Agência: 5593 Conta: 50966-3			Total		3.308,55		1.448,87
			Total Líquido		1.859,68		
Salário Base		Sal Cont INSS	Bas Cálc FGTS	FGTS Mês	Base IRRF C/Ded Simp	Faixa	Dep
2.356,09		2.441,75	2.441,75	195,34	892,11	0,00	00
Recebi em: ____/____/____			Assinatura: _____				