

0291-JB TRANSPORTES DE CARGAS LTDA				Demonstrativo de Pagamento de Salário			
JB TRANSPORTES DE CARGAS LTDA Belém - PA				11/2025		Mensal	
CNPJ 03.299.955/0004-22			CPF: 756.329.342-68				
Cadastro 9051	Nome do Funcionário		CBO	Empresa	Local	Departamento	FL
	JORGE ADRIANO COSTA DA SILVA		910210	291	4	025.000.000	01
Encarregado de Manutenção			Data Admissão:		03/05/2011		
Ev	Descrição	Referência	Proventos		Descontos		
1	Salario Base	30 Dias	4.000,00				
63	Vale Transp.Dinheiro		478,40				
816	Vale Transporte (%)	6,00 %			240,00		
820	Desconto Adiantamento - IRRF				1.600,00		
1252	Adicional Tempo de Serviço	5,00 %	200,00				
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		
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				
1793	Ticket Refeicao (PAT)		546,00				
1950	INSS	14,00 %			397,58		
2028	Premiação Manutenção		300,00				
Total			5.524,40		2.686,38		
Total Líquido			2.838,02				
Salário Base		Sal Cont INSS	Bas Cálc FGTS	FGTS Mês	Base IRRF C/Ded Simp	Faixa	Dep
4.000,00		4.200,00	4.200,00	336,00	2.292,80	0,00	00
Recebi em: ____/____/____				Assinatura: _____			

0291-JB TRANSPORTES DE CARGAS LTDA				Demonstrativo de Pagamento de Salário			
JB TRANSPORTES DE CARGAS LTDA Belém - PA				11/2025		Mensal	
CNPJ 03.299.955/0004-22			CPF: 756.329.342-68				
Cadastro 9051	Nome do Funcionário		CBO	Empresa	Local	Departamento	FL
	JORGE ADRIANO COSTA DA SILVA		910210	291	4	025.000.000	01
Encarregado de Manutenção			Data Admissão:		03/05/2011		
Ev	Descrição	Referência	Proventos		Descontos		
1	Salario Base	30 Dias	4.000,00				
63	Vale Transp.Dinheiro		478,40				
816	Vale Transporte (%)	6,00 %			240,00		
820	Desconto Adiantamento - IRRF				1.600,00		
1252	Adicional Tempo de Serviço	5,00 %	200,00				
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		
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				
1793	Ticket Refeicao (PAT)		546,00				
1950	INSS	14,00 %			397,58		
2028	Premiação Manutenção		300,00				
Total			5.524,40		2.686,38		
Total Líquido			2.838,02				
Salário Base		Sal Cont INSS	Bas Cálc FGTS	FGTS Mês	Base IRRF C/Ded Simp	Faixa	Dep
4.000,00		4.200,00	4.200,00	336,00	2.292,80	0,00	00
Recebi em: ____/____/____				Assinatura: _____			