

0291-JB TRANSPORTES DE CARGAS LTDA				Demonstrativo de Pagamento de Salário			
JB TRANSPORTES DE CARGAS LTDA Belém - PA				01/2025		Mensal	
CNPJ 03.299.955/0004-22			CPF: 158.408.672-68				
Cadastro 9055	Nome do Funcionário JOSE DE RIBAMAR DE SOUZA GOMES		CBO 712225	Empresa 291	Local 4	Departamento 025.000.000	FL 01
Torneiro Mecânico			Data Admissão:		03/05/2011		
Ev	Descrição	Referência	Proventos		Descontos		
1	Salario Base	7 Dias	608,94				
35	Horas Extras 50% Diurnas	001:00 hs	18,00				
59	DSR S/Horas Extras Diurnas	000:28 hs	3,46				
63	Vale Transp.Dinheiro		152,00				
816	Vale Transporte (%)	6,00 %			36,54		
1252	Adicional Tempo de Serviço	5,00 %	30,45				
1447	Outras Despesas - Plano de Saúde/Odonto						
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00			191,23		
1724	Mensalidade Plano de Saúde - PARTE EMPRESA						
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00	136,62				
	2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00	136,62				
1793	Ticket Refeição (PAT)		380,00				
1950	INSS	12,00 %			54,93		
2028	Premiação Manutenção		200,00				
<b>Total</b>			<b>1.392,85</b>		<b>282,70</b>		
<b>Total Líquido</b>			<b>1.110,15</b>				
Salário Base		Sal Cont INSS	Bas Cálc FGTS	FGTS Mês	Base IRRF C/Ded Simp	Faixa	Dep
2.609,75		3.797,56	3.797,56	303,79	296,05	0,00	00
Recebi em: ____/____/____				Assinatura: _____			

0291-JB TRANSPORTES DE CARGAS LTDA				Demonstrativo de Pagamento de Salário			
JB TRANSPORTES DE CARGAS LTDA Belém - PA				01/2025		Mensal	
CNPJ 03.299.955/0004-22			CPF: 158.408.672-68				
Cadastro 9055	Nome do Funcionário JOSE DE RIBAMAR DE SOUZA GOMES		CBO 712225	Empresa 291	Local 4	Departamento 025.000.000	FL 01
Torneiro Mecânico			Data Admissão:		03/05/2011		
Ev	Descrição	Referência	Proventos		Descontos		
1	Salario Base	7 Dias	608,94				
35	Horas Extras 50% Diurnas	001:00 hs	18,00				
59	DSR S/Horas Extras Diurnas	000:28 hs	3,46				
63	Vale Transp.Dinheiro		152,00				
816	Vale Transporte (%)	6,00 %			36,54		
1252	Adicional Tempo de Serviço	5,00 %	30,45				
1447	Outras Despesas - Plano de Saúde/Odonto						
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00			191,23		
1724	Mensalidade Plano de Saúde - PARTE EMPRESA						
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00	136,62				
	2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00	136,62				
1793	Ticket Refeição (PAT)		380,00				
1950	INSS	12,00 %			54,93		
2028	Premiação Manutenção		200,00				
<b>Total</b>			<b>1.392,85</b>		<b>282,70</b>		
<b>Total Líquido</b>			<b>1.110,15</b>				
Salário Base		Sal Cont INSS	Bas Cálc FGTS	FGTS Mês	Base IRRF C/Ded Simp	Faixa	Dep
2.609,75		3.797,56	3.797,56	303,79	296,05	0,00	00
Recebi em: ____/____/____				Assinatura: _____			