

0291-JB TRANSPORTES DE CARGAS LTDA				Demonstrativo de Pagamento de Salário			
JB TRANSPORTES DE CARGAS LTDA Belém - PA				04/2026		Mensal	
CNPJ 03.299.955/0004-22			CPF: 035.738.762-77				
Cadastro 9876	Nome do Funcionário LENICE FONTES DA SILVA		CBO 342110	Empresa 291	Local 4	Departamento 025.000.000	FL 01
	Assistente Operacional		Data Admissão:		02/05/2023		
Ev	Descrição	Referência	Proventos		Descontos		
1	Salario Base	30 Dias	2.356,09				
35	Horas Extras 50% Diurnas	015:75 hs	253,01				
59	DSR S/Horas Extras Diurnas	005:90 hs	63,25				
63	Vale Transp.Dinheiro		441,60				
250	13o Salário Adiantamento		1.178,05				
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		
1724	Mensalidade Plano de Saúde - PARTE EMPRESA						
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00	149,60				
1793	Ticket Refeicao (PAT)		504,00				
1950	INSS	9,00 %			216,19		
Total			4.796,00		1.449,60		
Total Líquido					3.346,40		
Salário Base		Sal Cont INSS	Bas Cálc FGTS	FGTS Mês	Base IRRF C/Ded Simp	Faixa	Dep
2.356,09		2.672,35	3.850,40	308,02	1.122,71	0,00	00
Recebi em: ____/____/____ Assinatura: _____							

0291-JB TRANSPORTES DE CARGAS LTDA				Demonstrativo de Pagamento de Salário			
JB TRANSPORTES DE CARGAS LTDA Belém - PA				04/2026		Mensal	
CNPJ 03.299.955/0004-22			CPF: 035.738.762-77				
Cadastro 9876	Nome do Funcionário LENICE FONTES DA SILVA		CBO 342110	Empresa 291	Local 4	Departamento 025.000.000	FL 01
	Assistente Operacional		Data Admissão:		02/05/2023		
Ev	Descrição	Referência	Proventos		Descontos		
1	Salario Base	30 Dias	2.356,09				
35	Horas Extras 50% Diurnas	015:75 hs	253,01				
59	DSR S/Horas Extras Diurnas	005:90 hs	63,25				
63	Vale Transp.Dinheiro		441,60				
250	13o Salário Adiantamento		1.178,05				
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		
1724	Mensalidade Plano de Saúde - PARTE EMPRESA						
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00	149,60				
1793	Ticket Refeicao (PAT)		504,00				
1950	INSS	9,00 %			216,19		
Total			4.796,00		1.449,60		
Total Líquido					3.346,40		
Salário Base		Sal Cont INSS	Bas Cálc FGTS	FGTS Mês	Base IRRF C/Ded Simp	Faixa	Dep
2.356,09		2.672,35	3.850,40	308,02	1.122,71	0,00	00
Recebi em: ____/____/____ Assinatura: _____							