

0291-JB TRANSPORTES DE CARGAS LTDA				Demonstrativo de Pagamento de Salário			
JB TRANSPORTES DE CARGAS LTDA Belém - PA				08/2026		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	2.452,93		
35	Horas Extras 50% Diurnas			026:77 hs	470,04		
49	Horas Extras 100% Diurnas			010:35 hs	242,34		
59	DSR S/Horas Extras Diurnas			011:70 hs	137,00		
63	Vale Transp.Dinheiro				460,00		
816	Vale Transporte (%)			6,00 %			147,18
820	Desconto Adiantamento - IRRF						981,17
1252	Adicional Tempo de Serviço			5,00 %	122,65		
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)				550,00		
1950	INSS			12,00 %			299,58
				Total	4.434,96		1.577,53
				Total Líquido			2.857,43
Salário Base		Sal Cont INSS	Bas Cálc FGTS	FGTS Mês	Base IRRF C/Ded Simp		Faixa Dep
2.452,93		3.424,96	3.424,96	273,99	1.836,59		0,00 00
Recebi em: / / Assinatura:							

0291-JB TRANSPORTES DE CARGAS LTDA				Demonstrativo de Pagamento de Salário			
JB TRANSPORTES DE CARGAS LTDA Belém - PA				08/2026		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	2.452,93		
35	Horas Extras 50% Diurnas			026:77 hs	470,04		
49	Horas Extras 100% Diurnas			010:35 hs	242,34		
59	DSR S/Horas Extras Diurnas			011:70 hs	137,00		
63	Vale Transp.Dinheiro				460,00		
816	Vale Transporte (%)			6,00 %			147,18
820	Desconto Adiantamento - IRRF						981,17
1252	Adicional Tempo de Serviço			5,00 %	122,65		
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)				550,00		
1950	INSS			12,00 %			299,58
				Total	4.434,96		1.577,53
				Total Líquido			2.857,43
Salário Base		Sal Cont INSS	Bas Cálc FGTS	FGTS Mês	Base IRRF C/Ded Simp	Faixa	Dep
2.452,93		3.424,96	3.424,96	273,99	1.836,59	0,00	00
Recebi em: / / Assinatura:							