

0291-JB TRANSPORTES DE CARGAS LTDA				Demonstrativo de Pagamento de Salário			
JB TRANSPORTES DE CARGAS LTDA São Bernardo do Campo - SP				04/2026		Mensal	
CNPJ 03.299.955/0009-37			CPF: 462.298.498-95				
Cadastro 9996	Nome do Funcionário WESLLEY TEIXEIRA KLAIBER		CBO 411010	Empresa 291	Local 9	Departamento 027.000.000	FL 01
	Assistente Administrativo		Data Admissão:		03/07/2024		
Ev	Descrição	Referência	Proventos		Descontos		
1	Salario Base	28 Dias	2.887,15				
19	Horas Lic.Médica Diurnas	2 Dias	206,22				
816	Vale Transporte (%)	6,00 %			185,60		
820	Desconto Adiantamento - IRRF				1.237,35		
1445	Plano de Saude/Odontologico						
	1 - Titular/NOTRE DAME INTERMEDICA SAUDE S.A.	30,00			64,82		
	2 - Dependente/NOTRE DAME INTERMEDICA SAUDE S.A.	30,00			324,10		
1724	Mensalidade Plano de Saúde - PARTE EMPRESA						
	1 - Titular/NOTRE DAME INTERMEDICA SAUDE S.A.	30,00	259,29				
	2 - Dependente/NOTRE DAME INTERMEDICA SAUDE S.A.	30,00	324,10				
1950	INSS	12,00 %			259,79		
4004	Empréstimo Crédito do Trabalhador				636,47		
	Contrato: 1541620012   IF: 121	4/20			636,47		
4008	Devol./Desc Emprestimo Credito Trabalhador-Adto		254,59				
<b>Total</b>			3.347,96		2.708,13		
<b>Total Líquido</b>					639,83		
	Salário Base	Sal Cont INSS	Bas Cálc FGTS	FGTS Mês	Base IRRF C/Ded Simp	Faixa	Dep
	3.093,37	3.093,37	3.093,37	247,46	1.248,82	0,00	01
Recebi em: ____/____/____ Assinatura: _____							

0291-JB TRANSPORTES DE CARGAS LTDA				Demonstrativo de Pagamento de Salário			
JB TRANSPORTES DE CARGAS LTDA São Bernardo do Campo - SP				04/2026		Mensal	
CNPJ 03.299.955/0009-37			CPF: 462.298.498-95				
Cadastro 9996	Nome do Funcionário WESLLEY TEIXEIRA KLAIBER		CBO 411010	Empresa 291	Local 9	Departamento 027.000.000	FL 01
	Assistente Administrativo		Data Admissão:		03/07/2024		
Ev	Descrição	Referência	Proventos		Descontos		
1	Salario Base	28 Dias	2.887,15				
19	Horas Lic.Médica Diurnas	2 Dias	206,22				
816	Vale Transporte (%)	6,00 %			185,60		
820	Desconto Adiantamento - IRRF				1.237,35		
1445	Plano de Saude/Odontologico						
	1 - Titular/NOTRE DAME INTERMEDICA SAUDE S.A.	30,00			64,82		
	2 - Dependente/NOTRE DAME INTERMEDICA SAUDE S.A.	30,00			324,10		
1724	Mensalidade Plano de Saúde - PARTE EMPRESA						
	1 - Titular/NOTRE DAME INTERMEDICA SAUDE S.A.	30,00	259,29				
	2 - Dependente/NOTRE DAME INTERMEDICA SAUDE S.A.	30,00	324,10				
1950	INSS	12,00 %			259,79		
4004	Empréstimo Crédito do Trabalhador				636,47		
	Contrato: 1541620012   IF: 121	4/20			636,47		
4008	Devol./Desc Emprestimo Credito Trabalhador-Adto		254,59				
<b>Total</b>			3.347,96		2.708,13		
<b>Total Líquido</b>					639,83		
	Salário Base	Sal Cont INSS	Bas Cálc FGTS	FGTS Mês	Base IRRF C/Ded Simp	Faixa	Dep
	3.093,37	3.093,37	3.093,37	247,46	1.248,82	0,00	01
Recebi em: ____/____/____ Assinatura: _____							