

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: 045.201.682-79				
Cadastro 10056	Nome do Funcionário		CBO	Empresa	Local	Departamento	FL
	EMANUELY RAIMAR BRAGA SALDANHA		411010	291	4	025.000.000	01
Auxiliar de RH		Data Admissão:			06/11/2024		
Ev	Descrição	Referência	Proventos		Descontos		
110	Horas Lic.Mater.Diurnas(GPS)	30 Dias	2.356,09				
120	Med.Hrs.Ext.Lic.Mater.Diurnas (GPS)	022:42 hs	264,08				
1445	Plano de Saude/Odontologico						
	1 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00			149,60		
	2 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00			149,60		
1447	Outras Despesas - Plano de Saude/Odonto						
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00			386,57		
1724	Mensalidade Plano de Saúde - PARTE EMPRESA						
	1 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00	149,60				
	2 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00	149,60				
1950	INSS	9,00 %			211,49		
Banco: 237 Bradesco - Agência: 875-3 Conta: 58497-5			Total		2.620,17		897,26
			Total Líquido		1.722,91		
	Salário Base	Sal Cont INSS	Bas Cálc FGTS	FGTS Mês	Base IRRF C/Ded Simp	Faixa	Dep
	2.356,09	2.620,17	2.620,17	209,61	2.012,97	0,00	01
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: 045.201.682-79				
Cadastro 10056	Nome do Funcionário		CBO	Empresa	Local	Departamento	FL
	EMANUELY RAIMAR BRAGA SALDANHA		411010	291	4	025.000.000	01
Auxiliar de RH		Data Admissão:			06/11/2024		
Ev	Descrição	Referência	Proventos		Descontos		
110	Horas Lic.Mater.Diurnas(GPS)	30 Dias	2.356,09				
120	Med.Hrs.Ext.Lic.Mater.Diurnas (GPS)	022:42 hs	264,08				
1445	Plano de Saude/Odontologico						
	1 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00			149,60		
	2 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00			149,60		
1447	Outras Despesas - Plano de Saude/Odonto						
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00			386,57		
1724	Mensalidade Plano de Saúde - PARTE EMPRESA						
	1 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00	149,60				
	2 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00	149,60				
1950	INSS	9,00 %			211,49		
Banco: 237 Bradesco - Agência: 875-3 Conta: 58497-5			Total		2.620,17		897,26
			Total Líquido		1.722,91		
	Salário Base	Sal Cont INSS	Bas Cálc FGTS	FGTS Mês	Base IRRF C/Ded Simp	Faixa	Dep
	2.356,09	2.620,17	2.620,17	209,61	2.012,97	0,00	01
Recebi em: ____/____/____			Assinatura: _____				