

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: 045.201.682-79					
Cadastro 10056	Nome do Funcionário EMANUELY RAIMAR BRAGA SALDANHA		CBO 411030	Empresa 291	Local 4	Departamento 025.000.000	FL 01
	Assistente de departamento pessoal		Data Admissão:		06/11/2024		
Ev	Descrição		Referência		Proventos		Descontos
1	Salario Base		2 Dias		163,53		
163	Estouro do Mês				330,91		
1445	Plano de Saude/Odontologico						
	1 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA		30,00				299,20
	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				33,38
1724	Mensalidade Plano de Saúde - PARTE EMPRESA						
	1 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA		30,00		299,20		
	2 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA		30,00		149,60		
1950	INSS		7,50 %				12,26
Banco: 237 Bradesco - Agência: 875-3 Conta: 58497-5							
Total					494,44		494,44
Total Líquido							0,00
Salário Base		Sal Cont INSS	Bas Cálc FGTS	FGTS Mês	Base IRRF C/Ded Simp	Faixa	Dep
2.452,93		163,53	163,53	13,08	0,00	0,00	01
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: 045.201.682-79						
Cadastro 10056	Nome do Funcionário EMANUELY RAIMAR BRAGA SALDANHA		CBO 411030	Empresa 291	Local 4	Departamento 025.000.000	FL 01	
	Assistente de departamento pessoal		Data Admissão:		06/11/2024			
Ev	Descrição		Referência		Proventos		Descontos	
1	Salario Base		2 Dias		163,53			
163	Estouro do Mês				330,91			
1445	Plano de Saude/Odontologico							
	1 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA		30,00				299,20	
	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				33,38	
1724	Mensalidade Plano de Saúde - PARTE EMPRESA							
	1 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA		30,00		299,20			
	2 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA		30,00		149,60			
1950	INSS		7,50 %				12,26	
Banco: 237 Bradesco - Agência: 875-3 Conta: 58497-5								
Total					494,44		494,44	
Total Líquido							0,00	
Salário Base		Sal Cont INSS	Bas Cálc FGTS	FGTS Mês	Base IRRF C/Ded Simp	Faixa	Dep	
2.452,93		163,53	163,53	13,08	0,00	0,00	01	
Recebi em: ____/____/____ Assinatura:_____								