

0291-JB TRANSPORTES DE CARGAS LTDA				Demonstrativo de Pagamento de Salário			
JB TRANSPORTES DE CARGAS LTDA Goiania - GO				01/2026		Mensal	
CNPJ 03.299.955/0001-80			CPF: 336.094.541-72				
Cadastro 442	Nome do Funcionário JUVENCIO HENRIQUE FIALHO FOGACA		CBO 782510	Empresa 291	Local 1	Departamento 002.000.000	FL 01
Motorista de Caminhão			Data Admissão:		14/11/2007		
Ev	Descrição	Referência	Proventos		Descontos		
1	Salario Base	30 Dias	1.632,61				
35	Horas Extras 50% Diurnas	012:20 hs	198,12				
59	DSR S/Horas Extras Diurnas	003:52 hs	38,10				
63	Vale Transp.Dinheiro		206,40				
64	Periculosidade	30,00 %	489,78				
474	Adicional Acumulo de Funções	40,00 %	848,96				
816	Vale Transporte (%)	6,00 %			97,96		
820	Desconto Adiantamento - IRRF				653,04		
1000	Adic Tempo Serviço	13,50 %	259,38				
1445	Plano de Saude/Odontologico						
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00			149,60		
	2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00			299,21		
1447	Outras Despesas - Plano de Saude/Odonto						
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00			100,47		
Continua...			Total				
			Total Líquido				
Salário Base	Sal Cont INSS	Bas Cálc FGTS	FGTS Mês	Base IRRF C/Ded Simp	Faixa	Dep	

Recebi em: ____/____/____ Assinatura: _____

0291-JB TRANSPORTES DE CARGAS LTDA				Demonstrativo de Pagamento de Salário				
JB TRANSPORTES DE CARGAS LTDA Goiania - GO				01/2026		Mensal		
CNPJ 03.299.955/0001-80			CPF: 336.094.541-72					
Cadastro 442	Nome do Funcionário JUVENCIO HENRIQUE FIALHO FOGACA		CBO 782510	Empresa 291	Local 1	Departamento 002.000.000	FL 02	
Motorista de Caminhão			Data Admissão:		14/11/2007			
Ev	Descrição	Referência	Proventos		Descontos			
1724	Mensalidade Plano de Saúde - PARTE EMPRESA							
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00	149,60					
	2 - Titular/ODONTOPREV S.A.	30,00	20,34					
1792	Vale Alimentacao (PAT)		304,00					
1793	Ticket Refeicao (PAT)		544,00					
1794	Desc.Ticket Aliment.(PAT)				15,20			
1795	Desc.Ticket Refeicao (PAT)				27,24			
1863	Premiação SASCAR		150,00					
1950	INSS	12,00 %			304,62			
2102	PREMIO PERMANENCIA 4%	4,00 %	65,30					
2103	CONTRIBUICAO PERMANENCIA 1%	1,00 %			16,33			
			Total		4.736,65		1.663,67	
			Total Líquido					3.072,98
Salário Base	Sal Cont INSS	Bas Cálc FGTS	FGTS Mês	Bas Cálc IRRF	Faixa	Dep		
1.632,61	3.466,95	3.466,95	277,35	2.422,01	0,00	00		

Recebi em: ____/____/____ Assinatura: _____

0291-JB TRANSPORTES DE CARGAS LTDA				Demonstrativo de Pagamento de Salário			
JB TRANSPORTES DE CARGAS LTDA Goiania - GO				01/2026		Mensal	
CNPJ 03.299.955/0001-80			CPF: 336.094.541-72				
Cadastro 442	Nome do Funcionário JUVENCIO HENRIQUE FIALHO FOGACA		CBO 782510	Empresa 291	Local 1	Departamento 002.000.000	FL 01
Motorista de Caminhão			Data Admissão:		14/11/2007		
Ev	Descrição	Referência	Proventos		Descontos		
1	Salario Base	30 Dias	1.632,61				
35	Horas Extras 50% Diurnas	012:20 hs	198,12				
59	DSR S/Horas Extras Diurnas	003:52 hs	38,10				
63	Vale Transp.Dinheiro		206,40				
64	Periculosidade	30,00 %	489,78				
474	Adicional Acumulo de Funções	40,00 %	848,96				
816	Vale Transporte (%)	6,00 %			97,96		
820	Desconto Adiantamento - IRRF				653,04		
1000	Adic Tempo Serviço	13,50 %	259,38				
1445	Plano de Saude/Odontologico						
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00			149,60		
	2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00			299,21		
1447	Outras Despesas - Plano de Saude/Odonto						
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00			100,47		
Continua...			Total				
			Total Líquido				
Salário Base		Sal Cont INSS	Bas Cálc FGTS	FGTS Mês	Base IRRF C/Ded Simp	Faixa	Dep

Recebi em: ____/____/____ Assinatura: _____

0291-JB TRANSPORTES DE CARGAS LTDA				Demonstrativo de Pagamento de Salário				
JB TRANSPORTES DE CARGAS LTDA Goiania - GO				01/2026		Mensal		
CNPJ 03.299.955/0001-80			CPF: 336.094.541-72					
Cadastro 442	Nome do Funcionário JUVENCIO HENRIQUE FIALHO FOGACA		CBO 782510	Empresa 291	Local 1	Departamento 002.000.000	FL 02	
Motorista de Caminhão			Data Admissão:		14/11/2007			
Ev	Descrição	Referência	Proventos		Descontos			
1724	Mensalidade Plano de Saúde - PARTE EMPRESA							
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00	149,60					
	2 - Titular/ODONTOPREV S.A.	30,00	20,34					
1792	Vale Alimentacao (PAT)		304,00					
1793	Ticket Refeicao (PAT)		544,00					
1794	Desc.Ticket Aliment.(PAT)				15,20			
1795	Desc.Ticket Refeicao (PAT)				27,24			
1863	Premiação SASCAR		150,00					
1950	INSS	12,00 %			304,62			
2102	PREMIO PERMANENCIA 4%	4,00 %	65,30					
2103	CONTRIBUICAO PERMANENCIA 1%	1,00 %			16,33			
			Total		4.736,65		1.663,67	
			Total Líquido					3.072,98
Salário Base		Sal Cont INSS	Bas Cálc FGTS	FGTS Mês	Bas Cálc IRRF	Faixa	Dep	
1.632,61		3.466,95	3.466,95	277,35	2.422,01	0,00	00	

Recebi em: ____/____/____ Assinatura: _____