

| 0291-JB TRANSPORTES DE CARGAS LTDA       |  |               |                     | Demonstrativo de Pagamento de Salário |                             |        |          |
|--|--|---------------|---------------------|---------------------------------------|-----------------------------|--------|----------|
| JB TRANSPORTES DE CARGAS LTDA Belém - PA |  |               |                     | 07/2025                               |                             | Mensal |          |
| CNPJ 03.299.955/0004-22                  |  |               | CPF: 597.384.562-15 |                                       |                             |        |          |
| Cadastro<br>9595                         | Nome do Funcionário<br>JOCIVANDO AUGUSTO DE FARIAS SOUSA | CBO<br>782510 | Empresa<br>291      | Local<br>4                            | Departamento<br>025.000.000 |        | FL<br>01 |
| Motorista Carreiro                       |  |               | Data Admissão:      |                                       | 21/10/2020                  |        |          |
| Ev                                       | Descrição  | Referência    | Proventos           |                                       | Descontos                   |        |          |
| 1  | Salario Base   | 30 Dias       | 3.556,16            |                                       |                             |        |          |
| 35                                       | Horas Extras 50% Diurnas                                 | 048:15 hs     | 1.234,62            |                                       |                             |        |          |
| 59                                       | DSR S/Horas Extras Diurnas                               | 010:70 hs     | 182,91              |                                       |                             |        |          |
| 820                                      | Desconto Adiantamento - IRRF                             |               |                     |                                       | 1.350,61                    |        |          |
| 1252                                     | Adicional Tempo de Serviço                               | 5,00 %        | 177,81              |                                       |                             |        |          |
| 1391                                     | Dsr sobre Adic.Noturno                                   | 001:07 hs     | 3,45                |                                       |                             |        |          |
| 1392                                     | ADICIONAL NOTURNO (V)                                    | 007:20 hs     | 23,28               |                                       |                             |        |          |
| 1445                                     | Plano de Saúde/Odontológico                              |               |                     |                                       |                             |        |          |
|  | 1 - Titular/ODONTOPREV S.A.                              | 30,00         |                     |                                       | 19,35                       |        |          |
|  | 2 - Dependente/ODONTOPREV S.A.                           | 30,00         |                     |                                       | 38,70                       |        |          |
|  | 3 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA              | 30,00         |                     |                                       | 136,62                      |        |          |
|  | 4 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA           | 30,00         |                     |                                       | 273,24                      |        |          |
| 1447                                     | Outras Despesas - Plano de Saúde/Odonto                  |               |                     |                                       |                             |        |          |
|  | 1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA              | 30,00         |                     |                                       | 470,62                      |        |          |
| 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 Belém - PA |  |               |                     | 07/2025                               |                             | Mensal   |          |
| CNPJ 03.299.955/0004-22                  |  |               | CPF: 597.384.562-15 |                                       |                             |          |          |
| Cadastro<br>9595                         | Nome do Funcionário<br>JOCIVANDO AUGUSTO DE FARIAS SOUSA | CBO<br>782510 | Empresa<br>291      | Local<br>4                            | Departamento<br>025.000.000 |          | FL<br>02 |
| Motorista Carreiro                       |  |               | Data Admissão:      |                                       | 21/10/2020                  |          |          |
| Ev                                       | Descrição  | Referência    | Proventos           |                                       | Descontos                   |          |          |
|  | 2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA           | 30,00         |                     |                                       | 205,44                      |          |          |
| 1722                                     | PREMIAÇÃO KM RODADO X 0,05                               |               | 202,17              |                                       |                             |          |          |
| 1724                                     | Mensalidade Plano de Saúde - PARTE EMPRESA               |               |                     |                                       |                             |          |          |
|  | 1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA              | 30,00         | 136,62              |                                       |                             |          |          |
|  | 2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA           | 30,00         | 273,24              |                                       |                             |          |          |
| 1793                                     | Ticket Refeição (PAT)                                    |               | 284,00              |                                       |                             |          |          |
| 1863                                     | Premiação SASCAR   |               | 134,40              |                                       |                             |          |          |
| 1872                                     | PREMIAÇÃO CARGA/DESCARGA X 5,00                          |               | 110,00              |                                       |                             |          |          |
| 1912                                     | Premiação  |               | 560,00              |                                       |                             |          |          |
| 1920                                     | IRRF   | 22,50 %       |                     |                                       | 275,58                      |          |          |
| 1950                                     | INSS   | 14,00 %       |                     |                                       | 534,53                      |          |          |
| 4004                                     | Empréstimo Crédito do Trabalhador                        |               |                     |                                       | 1.090,70                    |          |          |
| 4008                                     | Devol./Desc Empréstimo Crédito Trabalhador-Adto          |               | 436,28              |                                       |                             |          |          |
| Total                                    |  |               |                     | 6.905,08                              |                             | 4.395,39 |          |
| Total Líquido                            |  |               |                     | 2.509,69                              |                             |          |          |
| Salário Base                             |  | Sal Cont INSS | Bas Cálc FGTS       | FGTS Mês                              | Bas Cálc IRRF               | Faixa    | Dep      |
| 3.556,16                                 |  | 5.178,23      | 5.178,23            | 414,25                                | 4.226,99                    | 22,50    | 00       |

Recebi em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

| 0291-JB TRANSPORTES DE CARGAS LTDA       |  |               |                     | Demonstrativo de Pagamento de Salário |                             |                      |          |
|--|--|---------------|---------------------|---------------------------------------|-----------------------------|----------------------|----------|
| JB TRANSPORTES DE CARGAS LTDA Belém - PA |  |               |                     | 07/2025                               |                             | Mensal               |          |
| CNPJ 03.299.955/0004-22                  |  |               | CPF: 597.384.562-15 |                                       |                             |                      |          |
| Cadastro<br>9595                         | Nome do Funcionário<br>JOCIVANDO AUGUSTO DE FARIAS SOUSA | CBO<br>782510 | Empresa<br>291      | Local<br>4                            | Departamento<br>025.000.000 |                      | FL<br>01 |
| Motorista Carreiro                       |  |               | Data Admissão:      |                                       | 21/10/2020                  |                      |          |
| Ev                                       | Descrição  | Referência    |                     | Proventos                             |                             | Descontos            |          |
| 1  | Salario Base   | 30 Dias       |                     | 3.556,16                              |                             |                      |          |
| 35                                       | Horas Extras 50% Diurnas                                 | 048:15 hs     |                     | 1.234,62                              |                             |                      |          |
| 59                                       | DSR S/Horas Extras Diurnas                               | 010:70 hs     |                     | 182,91                                |                             |                      |          |
| 820                                      | Desconto Adiantamento - IRRF                             |               |                     |                                       |                             | 1.350,61             |          |
| 1252                                     | Adicional Tempo de Serviço                               | 5,00 %        |                     | 177,81                                |                             |                      |          |
| 1391                                     | Dsr sobre Adic.Noturno                                   | 001:07 hs     |                     | 3,45                                  |                             |                      |          |
| 1392                                     | ADICIONAL NOTURNO (V)                                    | 007:20 hs     |                     | 23,28                                 |                             |                      |          |
| 1445                                     | Plano de Saúde/Odontológico                              |               |                     |                                       |                             |                      |          |
|  | 1 - Titular/ODONTOPREV S.A.                              | 30,00         |                     |                                       |                             | 19,35                |          |
|  | 2 - Dependente/ODONTOPREV S.A.                           | 30,00         |                     |                                       |                             | 38,70                |          |
|  | 3 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA              | 30,00         |                     |                                       |                             | 136,62               |          |
|  | 4 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA           | 30,00         |                     |                                       |                             | 273,24               |          |
| 1447                                     | Outras Despesas - Plano de Saúde/Odonto                  |               |                     |                                       |                             |                      |          |
|  | 1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA              | 30,00         |                     |                                       |                             | 470,62               |          |
| 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 Belém - PA |  |               |                     | 07/2025                               |                             | Mensal        |          |
| CNPJ 03.299.955/0004-22                  |  |               | CPF: 597.384.562-15 |                                       |                             |               |          |
| Cadastro<br>9595                         | Nome do Funcionário<br>JOCIVANDO AUGUSTO DE FARIAS SOUSA | CBO<br>782510 | Empresa<br>291      | Local<br>4                            | Departamento<br>025.000.000 |               | FL<br>02 |
| Motorista Carreiro                       |  |               | Data Admissão:      |                                       | 21/10/2020                  |               |          |
| Ev                                       | Descrição  | Referência    |                     | Proventos                             |                             | Descontos     |          |
|  | 2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA           | 30,00         |                     |                                       |                             | 205,44        |          |
| 1722                                     | PREMIAÇÃO KM RODADO X 0,05                               |               |                     | 202,17                                |                             |               |          |
| 1724                                     | Mensalidade Plano de Saúde - PARTE EMPRESA               |               |                     |                                       |                             |               |          |
|  | 1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA              | 30,00         |                     | 136,62                                |                             |               |          |
|  | 2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA           | 30,00         |                     | 273,24                                |                             |               |          |
| 1793                                     | Ticket Refeição (PAT)                                    |               |                     | 284,00                                |                             |               |          |
| 1863                                     | Premiação SASCAR   |               |                     | 134,40                                |                             |               |          |
| 1872                                     | PREMIAÇÃO CARGA/DESCARGA X 5,00                          |               |                     | 110,00                                |                             |               |          |
| 1912                                     | Premiação  |               |                     | 560,00                                |                             |               |          |
| 1920                                     | IRRF   | 22,50 %       |                     |                                       |                             | 275,58        |          |
| 1950                                     | INSS   | 14,00 %       |                     |                                       |                             | 534,53        |          |
| 4004                                     | Empréstimo Crédito do Trabalhador                        |               |                     |                                       |                             | 1.090,70      |          |
| 4008                                     | Devol./Desc Empréstimo Crédito Trabalhador-Adto          |               |                     | 436,28                                |                             |               |          |
|  |  |               |                     | Total                                 |                             | 6.905,08      |          |
|  |  |               |                     | Total Líquido                         |                             | 2.509,69      |          |
| Salário Base                             |  | Sal Cont INSS |                     | Bas Cálc FGTS                         |                             | FGTS Mês      |          |
| 3.556,16                                 |  | 5.178,23      |                     | 5.178,23                              |                             | 414,25        |          |
|  |  |               |                     |                                       |                             | Bas Cálc IRRF |          |
|  |  |               |                     |                                       |                             | 4.226,99      |          |
|  |  |               |                     |                                       |                             | Faixa Dep     |          |
|  |  |               |                     |                                       |                             | 22,50 00      |          |
| Recebi em: ____/____/____                |  |               |                     | Assinatura: _____                     |                             |               |          |