

0291-JB TRANSPORTES DE CARGAS LTDA				Demonstrativo de Pagamento de Salário			
JB TRANSPORTES DE CARGAS LTDA Belém - PA				02/2026		Mensal	
CNPJ 03.299.955/0004-22				CPF: 727.149.303-44			
Cadastro 9416	Nome do Funcionário EDSON NUNES LEAL	CBO 782510	Empresa 291	Local 4	Departamento 025.000.000		FL 01
Motorista Carreiro				Data Admissão:		05/05/2017	
Ev	Descrição	Referência	Proventos		Descontos		
161	Estouro do Mês Anterior				53.485,45		
163	Estouro do Mês		54.240,22				
200	Horas Auxílio Doença Diurnas	30 Dias	3.556,16				
1004	Adic Tempo Serv Auxílio Doença	5,00 %	177,81				
1445	Plano de Saude/Odontologico						
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00			149,60		
	2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00			448,80		
1447	Outras Despesas - Plano de Saude/Odonto						
	1 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00			156,37		
1724	Mensalidade Plano de Saúde - PARTE EMPRESA						
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00	149,60				
	2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00	448,80				
Total			54.240,22		54.240,22		
Total Líquido					0,00		
Salário Base		Sal Cont INSS	Bas Cálc FGTS	FGTS Mês	Bas Cálc IRRF	Faixa	Dep
3.556,16		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	00
Recebi em: ____/____/____				Assinatura: _____			

0291-JB TRANSPORTES DE CARGAS LTDA				Demonstrativo de Pagamento de Salário			
JB TRANSPORTES DE CARGAS LTDA Belém - PA				02/2026		Mensal	
CNPJ 03.299.955/0004-22				CPF: 727.149.303-44			
Cadastro 9416	Nome do Funcionário EDSON NUNES LEAL	CBO 782510	Empresa 291	Local 4	Departamento 025.000.000		FL 01
Motorista Carreiro				Data Admissão:		05/05/2017	
Ev	Descrição	Referência	Proventos		Descontos		
161	Estouro do Mês Anterior				53.485,45		
163	Estouro do Mês		54.240,22				
200	Horas Auxílio Doença Diurnas	30 Dias	3.556,16				
1004	Adic Tempo Serv Auxílio Doença	5,00 %	177,81				
1445	Plano de Saude/Odontologico						
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00			149,60		
	2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00			448,80		
1447	Outras Despesas - Plano de Saude/Odonto						
	1 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00			156,37		
1724	Mensalidade Plano de Saúde - PARTE EMPRESA						
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00	149,60				
	2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00	448,80				
Total			54.240,22		54.240,22		
Total Líquido					0,00		
Salário Base		Sal Cont INSS	Bas Cálc FGTS	FGTS Mês	Bas Cálc IRRF	Faixa	Dep
3.556,16		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	00
Recebi em: ____/____/____				Assinatura: _____			