

0291-JB TRANSPORTES DE CARGAS LTDA				Demonstrativo de Pagamento de Salário			
JB TRANSPORTES DE CARGAS LTDA São Bernardo do Campo - SP				01/2026		Mensal	
CNPJ 03.299.955/0009-37			CPF: 259.611.778-90				
Cadastro 9608	Nome do Funcionário		CBO	Empresa	Local	Departamento	FL
	JOCINEI NEVES PEREIRA		914425	291	9	001.000.000	01
Mecânico		Data Admissão:			10/11/2020		
Ev	Descrição	Referência	Proventos		Descontos		
161	Estouro do Mês Anterior				79,52		
163	Estouro do Mês		468,44				
200	Horas Auxílio Doença Diurnas	30 Dias	3.700,00				
204	Periculosidade Auxílio Doença	30,00 %	1.110,00				
210	Med.Hrs.Ext.Auxílio Doença Diurna	055:83 hs	1.944,02				
214	Med.Eve.Var.Auxílio Doença	220:00 hs	39,71				
1004	Adic Tempo Serv Auxílio Doença	8,00 %	207,14				
1445	Plano de Saude/Odontologico						
	1 - Titular/NOTRE DAME INTERMEDICA SAUDE S.A.	30,00			64,82		
	2 - Dependente/NOTRE DAME INTERMEDICA SAUDE S.A.	30,00			324,10		
1724	Mensalidade Plano de Saúde - PARTE EMPRESA						
	1 - Titular/NOTRE DAME INTERMEDICA SAUDE S.A.	30,00	259,29				
	2 - Dependente/NOTRE DAME INTERMEDICA SAUDE S.A.	30,00	324,10				
Total			468,44		468,44		
Total Líquido					0,00		
Salário Base		Sal Cont INSS	Bas Cálc FGTS	FGTS Mês	Bas Cálc IRRF	Faixa	Dep
3.700,00		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	01
Recebi em: ____/____/____ Assinatura: _____							

0291-JB TRANSPORTES DE CARGAS LTDA				Demonstrativo de Pagamento de Salário			
JB TRANSPORTES DE CARGAS LTDA São Bernardo do Campo - SP				01/2026		Mensal	
CNPJ 03.299.955/0009-37			CPF: 259.611.778-90				
Cadastro 9608	Nome do Funcionário		CBO	Empresa	Local	Departamento	FL
	JOCINEI NEVES PEREIRA		914425	291	9	001.000.000	01
Mecânico		Data Admissão:			10/11/2020		
Ev	Descrição	Referência	Proventos		Descontos		
161	Estouro do Mês Anterior				79,52		
163	Estouro do Mês		468,44				
200	Horas Auxílio Doença Diurnas	30 Dias	3.700,00				
204	Periculosidade Auxílio Doença	30,00 %	1.110,00				
210	Med.Hrs.Ext.Auxílio Doença Diurna	055:83 hs	1.944,02				
214	Med.Eve.Var.Auxílio Doença	220:00 hs	39,71				
1004	Adic Tempo Serv Auxílio Doença	8,00 %	207,14				
1445	Plano de Saude/Odontologico						
	1 - Titular/NOTRE DAME INTERMEDICA SAUDE S.A.	30,00			64,82		
	2 - Dependente/NOTRE DAME INTERMEDICA SAUDE S.A.	30,00			324,10		
1724	Mensalidade Plano de Saúde - PARTE EMPRESA						
	1 - Titular/NOTRE DAME INTERMEDICA SAUDE S.A.	30,00	259,29				
	2 - Dependente/NOTRE DAME INTERMEDICA SAUDE S.A.	30,00	324,10				
Total			468,44		468,44		
Total Líquido					0,00		
Salário Base		Sal Cont INSS	Bas Cálc FGTS	FGTS Mês	Bas Cálc IRRF	Faixa	Dep
3.700,00		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	01
Recebi em: ____/____/____ Assinatura: _____							