

0291-JB TRANSPORTES DE CARGAS LTDA				Demonstrativo de Pagamento de Salário			
JB TRANSPORTES DE CARGAS LTDA - Goiania - GO				05/2026		Mensal	
CNPJ 03.299.955/0001-80			CPF: 360.036.891-53				
Cadastro 16	Nome do Funcionário ALEONE DE SOUSA SOARES		CBO 910105	Empresa 291	Local 1	Departamento 001.000.000	FL 01
	Encarregado de Manutenção		Data Admissão:		01/10/2000		
Ev	Descrição	Referência	Proventos		Descontos		
161	Estouro do Mês Anterior				509,19		
163	Estouro do Mês		658,79				
200	Horas Auxílio Doença Diurnas	30 Dias	5.106,50				
214	Med.Eve.Var.Auxílio Doença	220:00 hs	34,04				
1004	Adic Tempo Serv Auxílio Doença	16,50 %	317,02				
1445	Plano de Saude/Odontologico						
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00			149,60		
1724	Mensalidade Plano de Saúde - PARTE EMPRESA						
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00	149,60				
<b>Total</b>			<b>658,79</b>		<b>658,79</b>		
<b>Total Líquido</b>					<b>0,00</b>		
Salário Base		Sal Cont INSS	Bas Cálc FGTS	FGTS Mês	Bas Cálc IRRF	Faixa	Dep
5.106,50		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 - Goiania - GO				05/2026		Mensal	
CNPJ 03.299.955/0001-80			CPF: 360.036.891-53				
Cadastro 16	Nome do Funcionário ALEONE DE SOUSA SOARES		CBO 910105	Empresa 291	Local 1	Departamento 001.000.000	FL 01
	Encarregado de Manutenção		Data Admissão:		01/10/2000		
Ev	Descrição	Referência	Proventos		Descontos		
161	Estouro do Mês Anterior				509,19		
163	Estouro do Mês		658,79				
200	Horas Auxílio Doença Diurnas	30 Dias	5.106,50				
214	Med.Eve.Var.Auxílio Doença	220:00 hs	34,04				
1004	Adic Tempo Serv Auxílio Doença	16,50 %	317,02				
1445	Plano de Saude/Odontologico						
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00			149,60		
1724	Mensalidade Plano de Saúde - PARTE EMPRESA						
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00	149,60				
<b>Total</b>			<b>658,79</b>		<b>658,79</b>		
<b>Total Líquido</b>					<b>0,00</b>		
Salário Base		Sal Cont INSS	Bas Cálc FGTS	FGTS Mês	Bas Cálc IRRF	Faixa	Dep
5.106,50		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	00
Recebi em: ____/____/____ Assinatura: _____							