

0291-JB TRANSPORTES DE CARGAS LTDA				Demonstrativo de Pagamento de Salário			
JB TRANSPORTES DE CARGAS LTDA Goiania - GO				07/2026		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
163	Estouro do Mês				88,90		
200	Horas Auxílio Doença Diurnas			30 Dias	5.515,02		
214	Med.Eve.Var.Auxílio Doença			220:00 hs	34,04		
1004	Adic Tempo Serv Auxílio Doença			16,50 %	342,38		
1445	Plano de Saude/Odontologico						
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA			30,00			149,60
1447	Outras Despesas - Plano de Saude/Odonto						
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA			30,00			98,90
1724	Mensalidade Plano de Saúde - PARTE EMPRESA						
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA			30,00	149,60		
1866	Taxa Assistencial						61,00
2256	PREMIO PERMANENCIA 6%			6,00 %	330,90		
2257	CONTRIBUICAO PERMANENCIA 2%			2,00 %			110,30
Parabens ! Feliz Aniversario 24/08							
Total					419,80		419,80
Total Líquido							0,00
Salário Base 5.515,02		Sal Cont INSS 0,00	Bas Cálc FGTS 0,00	FGTS Mês 0,00	Base IRRF C/Ded Simp 0,00		Faixa 0,00
Dep 00							
Recebi em: / / Assinatura:							

0291-JB TRANSPORTES DE CARGAS LTDA				Demonstrativo de Pagamento de Salário			
JB TRANSPORTES DE CARGAS LTDA Goiania - GO				07/2026		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
163	Estouro do Mês				88,90		
200	Horas Auxílio Doença Diurnas			30 Dias	5.515,02		
214	Med.Eve.Var.Auxílio Doença			220:00 hs	34,04		
1004	Adic Tempo Serv Auxílio Doença			16,50 %	342,38		
1445	Plano de Saude/Odontologico						
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA			30,00			149,60
1447	Outras Despesas - Plano de Saude/Odonto						
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA			30,00			98,90
1724	Mensalidade Plano de Saúde - PARTE EMPRESA						
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA			30,00	149,60		
1866	Taxa Assistencial						61,00
2256	PREMIO PERMANENCIA 6%			6,00 %	330,90		
2257	CONTRIBUICAO PERMANENCIA 2%			2,00 %			110,30
Parabens ! Feliz Aniversario 24/08							
Total					419,80		419,80
Total Líquido							0,00
Salário Base 5.515,02		Sal Cont INSS 0,00	Bas Cálc FGTS 0,00	FGTS Mês 0,00	Base IRRF C/Ded Simp 0,00	Faixa 0,00	Dep 00
Recebi em: ____/____/____ Assinatura:_____							