

| 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: 900.812.691-53 |                                       |                      |              |     |
| Cadastro<br>456                             | Nome do Funcionário                         |                | CBO                 | Empresa                               | Local                | Departamento | FL  |
|   | SIDNEI SEVERINO VIEIRA                      |                | 782510              | 291                                   | 1                    | 002.000.000  | 01  |
| Motorista Manobrista                        |   | Data Admissão: |                     |                                       | 11/02/2008           |              |     |
| Ev  | Descrição                                   | Referência     | Proventos           |                                       | Descontos            |              |     |
| 161   | Estouro do Mês Anterior                     |                |                     |                                       | 10.077,45            |              |     |
| 163   | Estouro do Mês                              |                | 10.162,21           |                                       |                      |              |     |
| 200   | Horas Auxílio Doença Diurnas                | 30 Dias        | 1.621,00            |                                       |                      |              |     |
| 204   | Periculosidade Auxílio Doença               | 30,00 %        | 486,30              |                                       |                      |              |     |
| 210   | Med.Hrs.Ext.Auxílio Doença Diurna           | 005:00 hs      | 126,84              |                                       |                      |              |     |
| 1004  | Adic Tempo Serv Auxílio Doença              | 13,50 %        | 218,84              |                                       |                      |              |     |
| 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              |                                       |                      |              |     |
| 2102  | PREMIO PERMANENCIA 5%                       | 5,00 %         | 81,05               |                                       |                      |              |     |
| 2103  | CONTRIBUICAO PERMANENCIA 1%                 | 1,00 %         |                     |                                       | 16,21                |              |     |
| <b>Total</b>                                |   |                | 10.243,26           |                                       | 10.243,26            |              |     |
| <b>Total Líquido</b>                        |   |                |                     |                                       | 0,00                 |              |     |
| Salário Base                                |   | Sal Cont INSS  | Bas Cálc FGTS       | FGTS Mês                              | Base IRRF C/Ded Simp | Faixa        | Dep |
| 1.621,00                                    |   | 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: 900.812.691-53 |                                       |                      |              |     |
| Cadastro<br>456                             | Nome do Funcionário                         |                | CBO                 | Empresa                               | Local                | Departamento | FL  |
|   | SIDNEI SEVERINO VIEIRA                      |                | 782510              | 291                                   | 1                    | 002.000.000  | 01  |
| Motorista Manobrista                        |   | Data Admissão: |                     |                                       | 11/02/2008           |              |     |
| Ev  | Descrição                                   | Referência     | Proventos           |                                       | Descontos            |              |     |
| 161   | Estouro do Mês Anterior                     |                |                     |                                       | 10.077,45            |              |     |
| 163   | Estouro do Mês                              |                | 10.162,21           |                                       |                      |              |     |
| 200   | Horas Auxílio Doença Diurnas                | 30 Dias        | 1.621,00            |                                       |                      |              |     |
| 204   | Periculosidade Auxílio Doença               | 30,00 %        | 486,30              |                                       |                      |              |     |
| 210   | Med.Hrs.Ext.Auxílio Doença Diurna           | 005:00 hs      | 126,84              |                                       |                      |              |     |
| 1004  | Adic Tempo Serv Auxílio Doença              | 13,50 %        | 218,84              |                                       |                      |              |     |
| 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              |                                       |                      |              |     |
| 2102  | PREMIO PERMANENCIA 5%                       | 5,00 %         | 81,05               |                                       |                      |              |     |
| 2103  | CONTRIBUICAO PERMANENCIA 1%                 | 1,00 %         |                     |                                       | 16,21                |              |     |
| <b>Total</b>                                |   |                | 10.243,26           |                                       | 10.243,26            |              |     |
| <b>Total Líquido</b>                        |   |                |                     |                                       | 0,00                 |              |     |
| Salário Base                                |   | Sal Cont INSS  | Bas Cálc FGTS       | FGTS Mês                              | Base IRRF C/Ded Simp | Faixa        | Dep |
| 1.621,00                                    |   | 0,00           | 0,00                | 0,00                                  | 0,00                 | 0,00         | 00  |
| Recebi em: ____/____/____ Assinatura: _____ |   |                |                     |                                       |                      |              |     |