

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: 900.812.691-53			
Cadastro 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
163	Estouro do Mês				160,10		
200	Horas Auxílio Doença Diurnas			30 Dias	1.763,26		
204	Periculosidade Auxílio Doença			30,00 %	528,98		
210	Med.Hrs.Ext.Auxílio Doença Diurna			005:00 hs	130,07		
1004	Adic Tempo Serv Auxílio Doença			13,50 %	238,04		
1445	Plano de Saude/Odontologico			30,00			
1447	Outras Despesas - Plano de Saude/Odonto						
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA			30,00			20,03
1724	Mensalidade Plano de Saúde - PARTE EMPRESA			30,00			
1866	Taxa Assistencial						61,00
2256	PREMIO PERMANENCIA 6%			6,00 %	105,80		
2257	CONTRIBUICAO PERMANENCIA 2%			2,00 %			35,27
				Total	265,90		265,90
				Total Líquido			0,00
Salário Base		Sal Cont INSS	Bas Cálc FGTS	FGTS Mês	Base IRRF C/Ded Simp	Faixa	Dep
1.763,26		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				07/2026		Mensal	
CNPJ 03.299.955/0001-80		CPF: 900.812.691-53					
Cadastro 456	Nome do Funcionário SIDNEI SEVERINO VIEIRA		CBO 782510	Empresa 291	Local 1	Departamento 002.000.000	FL 01
	Motorista Manobrista		Data Admissão:		11/02/2008		
Ev	Descrição			Referência	Proventos		Descontos
163	Estouro do Mês				160,10		
200	Horas Auxílio Doença Diurnas			30 Dias	1.763,26		
204	Periculosidade Auxílio Doença			30,00 %	528,98		
210	Med.Hrs.Ext.Auxílio Doença Diurna			005:00 hs	130,07		
1004	Adic Tempo Serv Auxílio Doença			13,50 %	238,04		
1445	Plano de Saude/Odontologico			30,00			
1447	Outras Despesas - Plano de Saude/Odonto						
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA			30,00			20,03
1724	Mensalidade Plano de Saúde - PARTE EMPRESA			30,00			
1866	Taxa Assistencial						61,00
2256	PREMIO PERMANENCIA 6%			6,00 %	105,80		
2257	CONTRIBUICAO PERMANENCIA 2%			2,00 %			35,27
Total					265,90		265,90
Total Líquido							0,00
Salário Base 1.763,26		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:_____							