

0291-JB TRANSPORTES DE CARGAS LTDA				Demonstrativo de Pagamento de Salário			
JB TRANSPORTES DE CARGAS LTDA Goiania - GO				02/2026		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		
161	Estouro do Mês Anterior				9.680,54		
163	Estouro do Mês		9.828,51				
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	12,00 %	194,52				
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				
1866	Taxa Assistencial				47,00		
2102	PREMIO PERMANENCIA 4%	4,00 %	64,84				
2103	CONTRIBUICAO PERMANENCIA 1%	1,00 %			16,21		
<b>Total</b>			<b>9.893,35</b>		<b>9.893,35</b>		
<b>Total Líquido</b>					<b>0,00</b>		
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				02/2026		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		
161	Estouro do Mês Anterior				9.680,54		
163	Estouro do Mês		9.828,51				
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	12,00 %	194,52				
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				
1866	Taxa Assistencial				47,00		
2102	PREMIO PERMANENCIA 4%	4,00 %	64,84				
2103	CONTRIBUICAO PERMANENCIA 1%	1,00 %			16,21		
<b>Total</b>			<b>9.893,35</b>		<b>9.893,35</b>		
<b>Total Líquido</b>					<b>0,00</b>		
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: _____							