

0291-JB TRANSPORTES DE CARGAS LTDA				Demonstrativo de Pagamento de Salário				
JB TRANSPORTES DE CARGAS LTDA Belém - PA				08/2026		Mensal		
CNPJ		03.299.955/0004-22		CPF: 727.149.303-44				
Cadastro 9416	Nome do Funcionário			CBO	Empresa	Local	Departamento	FL
	EDSON NUNES LEAL			782510	291	4	025.000.000	01
	Motorista Carreteiro			Data Admissão:		05/05/2017		
Ev	Descrição			Referência	Proventos		Descontos	
163	Estouro do Mês				660,70			
200	Horas Auxílio Doença Diurnas			30 Dias	3.702,32			
1004	Adic Tempo Serv Auxílio Doença			5,00 %	185,12			
1445	Plano de Saude/Odontologico							
	1 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA			30,00			448,80	
	2 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA			30,00			149,60	
1447	Outras Despesas - Plano de Saude/Odonto							
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA			30,00			42,27	
	2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA			30,00			20,03	
1724	Mensalidade Plano de Saúde - PARTE EMPRESA							
	1 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA			30,00	448,80			
	2 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA			30,00	149,60			
				Total	660,70		660,70	
				Total Líquido			0,00	
Salário Base		Sal Cont INSS	Bas Cálc FGTS	FGTS Mês	Bas Cálc IRRF	Faixa	Dep	
3.702,32		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 Belém - PA				08/2026		Mensal		
CNPJ		03.299.955/0004-22		CPF: 727.149.303-44				
Cadastro 9416	Nome do Funcionário EDSON NUNES LEAL			CBO 782510	Empresa 291	Local 4	Departamento 025.000.000	FL 01
	Motorista Carreteiro			Data Admissão:		05/05/2017		
Ev	Descrição				Referência	Proventos		Descontos
163	Estouro do Mês					660,70		
200	Horas Auxílio Doença Diurnas				30 Dias	3.702,32		
1004	Adic Tempo Serv Auxílio Doença				5,00 %	185,12		
1445	Plano de Saude/Odontologico							
	1 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA				30,00			448,80
	2 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA				30,00			149,60
1447	Outras Despesas - Plano de Saude/Odonto							
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA				30,00			42,27
	2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA				30,00			20,03
1724	Mensalidade Plano de Saúde - PARTE EMPRESA							
	1 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA				30,00	448,80		
	2 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA				30,00	149,60		
Total						660,70		660,70
Total Líquido								0,00
Salário Base		Sal Cont INSS	Bas Cálc FGTS	FGTS Mês	Bas Cálc IRRF	Faixa	Dep	
3.702,32		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	00	
Recebi em: / / Assinatura:								