

0291-JB TRANSPORTES DE CARGAS LTDA				Demonstrativo de Pagamento de Salário			
JB TRANSPORTES DE CARGAS LTDA São Bernardo do Campo - SP				08/2026		Mensal	
CNPJ 03.299.955/0009-37		CPF: 259.611.778-90					
Cadastro 9608	Nome do Funcionário JOCINEI NEVES PEREIRA		CBO 914425	Empresa 291	Local 9	Departamento 001.000.000	FL 01
	Mecânico		Data Admissão:		10/11/2020		
Ev	Descrição		Referência		Proventos		Descontos
161	Estouro do Mês Anterior						1.110,34
163	Estouro do Mês				1.503,02		
200	Horas Auxílio Doença Diurnas		30 Dias		3.903,50		
204	Periculosidade Auxílio Doença		30,00 %		1.171,05		
210	Med.Hrs.Ext.Auxílio Doença Diurna		055:83 hs		1.995,66		
214	Med.Eve.Var.Auxílio Doença		220:00 hs		39,71		
1004	Adic Tempo Serv Auxílio Doença		8,00 %		218,54		
1445	Plano de Saude/Odontologico						
	1 - Titular/NOTRE DAME INTERMEDICA SAUDE S.A.		30,00				65,44
	2 - Dependente/NOTRE DAME INTERMEDICA SAUDE S.A.		30,00				327,24
1724	Mensalidade Plano de Saúde - PARTE EMPRESA						
	1 - Titular/NOTRE DAME INTERMEDICA SAUDE S.A.		30,00		261,80		
	2 - Dependente/NOTRE DAME INTERMEDICA SAUDE S.A.		30,00		327,24		
Total					1.503,02		1.503,02
Total Líquido							0,00
Salário Base 3.903,50		Sal Cont INSS 0,00	Bas Cálc FGTS 0,00	FGTS Mês 0,00	Bas Cálc IRRF 0,00	Faixa 0,00	Dep 01
Recebi em: / / Assinatura:							

0291-JB TRANSPORTES DE CARGAS LTDA				Demonstrativo de Pagamento de Salário			
JB TRANSPORTES DE CARGAS LTDA São Bernardo do Campo - SP				08/2026		Mensal	
CNPJ 03.299.955/0009-37		CPF: 259.611.778-90					
Cadastro 9608	Nome do Funcionário JOCINEI NEVES PEREIRA		CBO 914425	Empresa 291	Local 9	Departamento 001.000.000	FL 01
	Mecânico		Data Admissão:		10/11/2020		
Ev	Descrição		Referência		Proventos		Descontos
161	Estouro do Mês Anterior						1.110,34
163	Estouro do Mês				1.503,02		
200	Horas Auxílio Doença Diurnas		30 Dias		3.903,50		
204	Periculosidade Auxílio Doença		30,00 %		1.171,05		
210	Med.Hrs.Ext.Auxílio Doença Diurna		055:83 hs		1.995,66		
214	Med.Eve.Var.Auxílio Doença		220:00 hs		39,71		
1004	Adic Tempo Serv Auxílio Doença		8,00 %		218,54		
1445	Plano de Saude/Odontologico						
	1 - Titular/NOTRE DAME INTERMEDICA SAUDE S.A.		30,00				65,44
	2 - Dependente/NOTRE DAME INTERMEDICA SAUDE S.A.		30,00				327,24
1724	Mensalidade Plano de Saúde - PARTE EMPRESA						
	1 - Titular/NOTRE DAME INTERMEDICA SAUDE S.A.		30,00		261,80		
	2 - Dependente/NOTRE DAME INTERMEDICA SAUDE S.A.		30,00		327,24		
Total					1.503,02		1.503,02
Total Líquido							0,00
Salário Base 3.903,50		Sal Cont INSS 0,00	Bas Cálc FGTS 0,00	FGTS Mês 0,00	Bas Cálc IRRF 0,00	Faixa 0,00	Dep 01
Recebi em: ____/____/____ Assinatura:_____							