

| 0291-JB TRANSPORTES DE CARGAS LTDA | | | | Demonstrativo de Pagamento de Salário | | | | |
|--|---|---------------|---------------|---------------------------------------|----------------|------------|-----------------------------|----------|
| JB TRANSPORTES DE CARGAS LTDA - Goiania - GO | | | | 04/2026 | | Mensal | | |
| CNPJ 03.299.955/0001-80 | | | | CPF: 360.036.891-53 | | | | |
| Cadastro 16 | Nome do Funcionário ALEONE DE SOUSA SOARES | | | CBO 910105 | Empresa 291 | Local 1 | Departamento 001.000.000 | FL 01 |
| | Encarregado de Manutenção | | | Data Admissão: | | 01/10/2000 | | |
| Ev | Descrição | Referência | Proventos | | Descontos | | | |
| 161 | Estouro do Mês Anterior | | | | 225,29 | | | |
| 163 | Estouro do Mês | | 509,19 | | | | | |
| 200 | Horas Auxílio Doença Diurnas | 30 Dias | 5.106,50 | | | | | |
| 214 | Med.Eve.Var.Auxílio Doença | 220:00 hs | 34,04 | | | | | |
| 1004 | Adic Tempo Serv Auxílio Doença | 16,50 % | 317,02 | | | | | |
| 1445 | Plano de Saude/Odontologico | | | | | | | |
| | 1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA | 30,00 | | | 149,60 | | | |
| 1447 | Outras Despesas - Plano de Saude/Odonto | | | | | | | |
| | 1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA | 30,00 | | | 87,30 | | | |
| 1724 | Mensalidade Plano de Saúde - PARTE EMPRESA | | | | | | | |
| | 1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA | 30,00 | 149,60 | | | | | |
| 1866 | Taxa Assistencial | | | | 47,00 | | | |
| Total | | | 509,19 | | 509,19 | | | |
| Total Líquido | | | | | 0,00 | | | |
| Salário Base | | Sal Cont INSS | Bas Cálc FGTS | FGTS Mês | Bas Cálc IRRF | Faixa | Dep | |
| 5.106,50 | | 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 | | | | 04/2026 | | Mensal | | |
| CNPJ 03.299.955/0001-80 | | | | CPF: 360.036.891-53 | | | | |
| Cadastro 16 | Nome do Funcionário ALEONE DE SOUSA SOARES | | | CBO 910105 | Empresa 291 | Local 1 | Departamento 001.000.000 | FL 01 |
| | Encarregado de Manutenção | | | Data Admissão: | | 01/10/2000 | | |
| Ev | Descrição | Referência | Proventos | | Descontos | | | |
| 161 | Estouro do Mês Anterior | | | | 225,29 | | | |
| 163 | Estouro do Mês | | 509,19 | | | | | |
| 200 | Horas Auxílio Doença Diurnas | 30 Dias | 5.106,50 | | | | | |
| 214 | Med.Eve.Var.Auxílio Doença | 220:00 hs | 34,04 | | | | | |
| 1004 | Adic Tempo Serv Auxílio Doença | 16,50 % | 317,02 | | | | | |
| 1445 | Plano de Saude/Odontologico | | | | | | | |
| | 1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA | 30,00 | | | 149,60 | | | |
| 1447 | Outras Despesas - Plano de Saude/Odonto | | | | | | | |
| | 1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA | 30,00 | | | 87,30 | | | |
| 1724 | Mensalidade Plano de Saúde - PARTE EMPRESA | | | | | | | |
| | 1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA | 30,00 | 149,60 | | | | | |
| 1866 | Taxa Assistencial | | | | 47,00 | | | |
| Total | | | 509,19 | | 509,19 | | | |
| Total Líquido | | | | | 0,00 | | | |
| Salário Base | | Sal Cont INSS | Bas Cálc FGTS | FGTS Mês | Bas Cálc IRRF | Faixa | Dep | |
| 5.106,50 | | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 00 | |
| Recebi em: ____/____/____ | | | | Assinatura: _____ | | | | |