

0291-JB TRANSPORTES DE CARGAS LTDA				Demonstrativo de Pagamento de Salário			
JB TRANSPORTES DE CARGAS LTDA Goiania - GO				06/2026		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						658,79
163	Estouro do Mês				941,62		
200	Horas Auxílio Doença Diurnas			30 Dias	5.515,02		
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			133,23
1724	Mensalidade Plano de Saúde - PARTE EMPRESA						
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA			30,00	149,60		
				Total	941,62		941,62
				Total Líquido			0,00
Salário Base 5.515,02		Sal Cont INSS 0,00	Bas Cálc FGTS 0,00	FGTS Mês 0,00	Bas Cálc IRRF 0,00	Faixa 0,00	Dep 00
Recebi em: / / Assinatura:							

0291-JB TRANSPORTES DE CARGAS LTDA				Demonstrativo de Pagamento de Salário				
JB TRANSPORTES DE CARGAS LTDA Goiania - GO				06/2026		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							658,79
163	Estouro do Mês					941,62		
200	Horas Auxílio Doença Diurnas			30 Dias		5.515,02		
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				133,23
1724	Mensalidade Plano de Saúde - PARTE EMPRESA							
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA			30,00		149,60		
				Total		941,62		941,62
				Total Líquido				0,00
Salário Base		Sal Cont INSS	Bas Cálc FGTS	FGTS Mês	Bas Cálc IRRF		Faixa	Dep
5.515,02		0,00	0,00	0,00	0,00		0,00	00
Recebi em: ____/____/____ Assinatura:_____								