

0291-JB TRANSPORTES DE CARGAS LTDA				Demonstrativo de Pagamento de Salário			
JB TRANSPORTES DE CARGAS LTDA Goiania - GO				08/2026		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						88,90
163	Estouro do Mês				37,93		
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 %		342,38		
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				20,03
1724	Mensalidade Plano de Saúde - PARTE EMPRESA						
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA		30,00		149,60		
2256	PREMIO PERMANENCIA 6%		6,00 %		330,90		
2257	CONTRIBUICAO PERMANENCIA 2%		2,00 %				110,30
Total					368,83		368,83
Total Líquido							0,00
Salário Base 5.515,02		Sal Cont INSS 0,00	Bas Cálc FGTS 0,00	FGTS Mês 0,00	Base IRRF C/Ded Simp 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				08/2026		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						88,90
163	Estouro do Mês				37,93		
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 %	342,38		
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			20,03
1724	Mensalidade Plano de Saúde - PARTE EMPRESA						
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA			30,00	149,60		
2256	PREMIO PERMANENCIA 6%			6,00 %	330,90		
2257	CONTRIBUICAO PERMANENCIA 2%			2,00 %			110,30
				Total	368,83		368,83
				Total Líquido			0,00
Salário Base		Sal Cont INSS	Bas Cálc FGTS	FGTS Mês	Base IRRF C/Ded Simp	Faixa	Dep
5.515,02		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	00
Recebi em: ____/____/____ Assinatura:_____							