

|                                                     |                                                |                    |               |                                       |               |            |              |    |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------|--------------------|---------------|---------------------------------------|---------------|------------|--------------|----|
| 0291-JB TRANSPORTES DE CARGAS LTDA                  |                                                |                    |               | Demonstrativo de Pagamento de Salário |               |            |              |    |
| JB TRANSPORTES DE CARGAS LTDA    Belém - PA         |                                                |                    |               | 06/2026                               |               | Mensal     |              |    |
| CNPJ                                                |                                                | 03.299.955/0004-22 |               | CPF: 790.786.722-34                   |               |            |              |    |
| Cadastro<br>10020                                   | Nome do Funcionário                            |                    |               | CBO                                   | Empresa       | Local      | Departamento | FL |
|                                                     | DANIEL DA SILVA PEREIRA                        |                    |               | 782510                                | 291           | 4          | 025.000.000  | 01 |
|                                                     | Motorista Truck                                |                    |               | Data Admissão:                        |               | 27/08/2024 |              |    |
| Ev                                                  | Descrição                                      |                    |               | Referência                            | Proventos     |            | Descontos    |    |
| 161                                                 | Estouro do Mês Anterior                        |                    |               |                                       |               |            | 2.493,95     |    |
| 163                                                 | Estouro do Mês                                 |                    |               |                                       | 2.793,17      |            |              |    |
| 200                                                 | Horas Auxílio Doença Diurnas                   |                    |               | 30 Dias                               | 3.007,08      |            |              |    |
| 210                                                 | Med.Hrs.Ext.Auxílio Doença Diurna              |                    |               | 087:53 hs                             | 1.196,45      |            |              |    |
| 214                                                 | Med.Eve.Var.Auxílio Doença                     |                    |               | 220:00 hs                             | 23,47         |            |              |    |
| 1445                                                | Plano de Saude/Odontologico                    |                    |               |                                       |               |            |              |    |
|                                                     | 1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA    |                    |               | 30,00                                 |               |            | 149,61       |    |
|                                                     | 2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA |                    |               | 30,00                                 |               |            | 149,61       |    |
| 1724                                                | Mensalidade Plano de Saúde - PARTE EMPRESA     |                    |               |                                       |               |            |              |    |
|                                                     | 1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA    |                    |               | 30,00                                 | 149,61        |            |              |    |
|                                                     | 2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA |                    |               | 30,00                                 | 149,61        |            |              |    |
| Banco: 237 Bradesco - Agência: 875-3 Conta: 91772-9 |                                                |                    |               |                                       |               |            |              |    |
| Total                                               |                                                |                    |               |                                       | 2.793,17      |            | 2.793,17     |    |
| Total Líquido                                       |                                                |                    |               |                                       |               |            | 0,00         |    |
| Salário Base                                        |                                                | Sal Cont INSS      | Bas Cálc FGTS | FGTS Mês                              | Bas Cálc IRRF | Faixa      | Dep          |    |
| 3.007,08                                            |                                                | 0,00               | 0,00          | 0,00                                  | 0,00          | 0,00       | 02           |    |
| Recebi em:    /    /         Assinatura: _____      |                                                |                    |               |                                       |               |            |              |    |

|                                                               |                                                |                    |               |                                       |                |            |                             |           |
|---------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|--------------------|---------------|---------------------------------------|----------------|------------|-----------------------------|-----------|
| 0291-JB TRANSPORTES DE CARGAS LTDA                            |                                                |                    |               | Demonstrativo de Pagamento de Salário |                |            |                             |           |
| JB TRANSPORTES DE CARGAS LTDA    Belém - PA                   |                                                |                    |               | 06/2026                               |                | Mensal     |                             |           |
| CNPJ                                                          |                                                | 03.299.955/0004-22 |               | CPF: 790.786.722-34                   |                |            |                             |           |
| Cadastro<br>10020                                             | Nome do Funcionário<br>DANIEL DA SILVA PEREIRA |                    |               | CBO<br>782510                         | Empresa<br>291 | Local<br>4 | Departamento<br>025.000.000 | FL<br>01  |
|                                                               | Motorista Truck                                |                    |               | Data Admissão:                        |                | 27/08/2024 |                             |           |
| Ev                                                            | Descrição                                      |                    |               |                                       | Referência     | Proventos  |                             | Descontos |
| 161                                                           | Estouro do Mês Anterior                        |                    |               |                                       |                |            |                             | 2.493,95  |
| 163                                                           | Estouro do Mês                                 |                    |               |                                       |                | 2.793,17   |                             |           |
| 200                                                           | Horas Auxílio Doença Diurnas                   |                    |               |                                       | 30 Dias        | 3.007,08   |                             |           |
| 210                                                           | Med.Hrs.Ext.Auxílio Doença Diurna              |                    |               |                                       | 087:53 hs      | 1.196,45   |                             |           |
| 214                                                           | Med.Eve.Var.Auxílio Doença                     |                    |               |                                       | 220:00 hs      | 23,47      |                             |           |
| 1445                                                          | Plano de Saude/Odontologico                    |                    |               |                                       |                |            |                             |           |
|                                                               | 1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA    |                    |               |                                       | 30,00          |            |                             | 149,61    |
|                                                               | 2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA |                    |               |                                       | 30,00          |            |                             | 149,61    |
| 1724                                                          | Mensalidade Plano de Saúde - PARTE EMPRESA     |                    |               |                                       |                |            |                             |           |
|                                                               | 1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA    |                    |               |                                       | 30,00          | 149,61     |                             |           |
|                                                               | 2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA |                    |               |                                       | 30,00          | 149,61     |                             |           |
| Banco: 237 Bradesco - Agência: 875-3 Conta: 91772-9           |                                                |                    |               |                                       |                |            |                             |           |
| Total                                                         |                                                |                    |               |                                       |                | 2.793,17   |                             | 2.793,17  |
| Total Líquido                                                 |                                                |                    |               |                                       |                |            |                             | 0,00      |
| Salário Base                                                  |                                                | Sal Cont INSS      | Bas Cálc FGTS | FGTS Mês                              | Bas Cálc IRRF  |            | Faixa                       | Dep       |
| 3.007,08                                                      |                                                | 0,00               | 0,00          | 0,00                                  | 0,00           |            | 0,00                        | 02        |
| Recebi em:        /        /                      Assinatura: |                                                |                    |               |                                       |                |            |                             |           |