

0530-A G B LOGISTICA LTDA		Demonstrativo de Pagamento de Salário					
A G B LOGISTICA LTDA Camacari - BA		05/2025		Mensal			
CNPJ 22.849.328/0005-43		CPF: 800.294.265-53					
Cadastro 157	Nome do Funcionário FRANCIVALTER LUIS DE LIMA	CBO 782510	Empresa 530	Local 5	Departamento 001.000.000	FL 01	
Motorista Carreiro		Data Admissão:			07/08/2017		
Ev	Descrição	Referência	Proventos	Descontos			
1	Salario Base	30 Dias	3.177,94				
35	Horas Extras 50% Diurnas	035:72 hs	1.045,90				
49	Horas Extras 100% Diurnas	008:58 hs	335,13				
59	DSR S/Horas Extras Diurnas	013:60 hs	265,58				
64	Periculosidade	30,00 %	953,38				
78	Quinquênio	5,00 %	158,90				
820	Desconto Adiantamento - IRRF			1.652,53			
1391	Dsr sobre Adic.Noturno	000:18 hs	0,75				
1392	ADICIONAL NOTURNO (V)	001:00 hs	3,90				
1445	Plano de Saúde/Odontológico						
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00		88,69			
	2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00		88,69			
	3 - Titular/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA	30,00		18,25			
	4 - Dependente/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA	30,00		18,25			
Continua...		Total					
		Total Líquido					
Salário Base	Sal Cont INSS	Bas Cálc FGTS	FGTS Mês	Bas Cálc IRRF	Faixa	Dep	

Recebi em: ____/____/____ Assinatura: _____

0530-A G B LOGISTICA LTDA		Demonstrativo de Pagamento de Salário					
A G B LOGISTICA LTDA Camacari - BA		05/2025		Mensal			
CNPJ 22.849.328/0005-43		CPF: 800.294.265-53					
Cadastro 157	Nome do Funcionário FRANCIVALTER LUIS DE LIMA	CBO 782510	Empresa 530	Local 5	Departamento 001.000.000	FL 02	
Motorista Carreiro		Data Admissão:			07/08/2017		
Ev	Descrição	Referência	Proventos	Descontos			
1447	Outras Despesas - Plano de Saúde/Odonto						
	1 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00		108,87			
1724	Mensalidade Plano de Saúde - PARTE EMPRESA						
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00	124,43				
	2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00	124,43				
	3 - Titular/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA	30,00	13,11				
	4 - Dependente/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA	30,00	13,11				
1861	Prêmio por desempenho		669,49				
1863	Premiação SASCAR		336,00				
1920	IRRF	22,50 %		371,45			
1950	INSS	14,00 %		641,39			
		Total		6.946,97			
		Total Líquido		3.958,85			
Salário Base	Sal Cont INSS	Bas Cálc FGTS	FGTS Mês	Bas Cálc IRRF	Faixa	Dep	
3.177,94	5.941,48	5.941,48	475,31	4.653,05	22,50	00	

Recebi em: ____/____/____ Assinatura: _____

0530-A G B LOGISTICA LTDA		Demonstrativo de Pagamento de Salário					
A G B LOGISTICA LTDA Camacari - BA		05/2025		Mensal			
CNPJ 22.849.328/0005-43		CPF: 800.294.265-53					
Cadastro 157	Nome do Funcionário FRANCIVALTER LUIS DE LIMA	CBO 782510	Empresa 530	Local 5	Departamento 001.000.000	FL 01	
Motorista Carreiro		Data Admissão:			07/08/2017		
Ev	Descrição	Referência	Proventos	Descontos			
1	Salario Base	30 Dias	3.177,94				
35	Horas Extras 50% Diurnas	035:72 hs	1.045,90				
49	Horas Extras 100% Diurnas	008:58 hs	335,13				
59	DSR S/Horas Extras Diurnas	013:60 hs	265,58				
64	Periculosidade	30,00 %	953,38				
78	Quinquênio	5,00 %	158,90				
820	Desconto Adiantamento - IRRF			1.652,53			
1391	Dsr sobre Adic.Noturno	000:18 hs	0,75				
1392	ADICIONAL NOTURNO (V)	001:00 hs	3,90				
1445	Plano de Saúde/Odontológico						
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00		88,69			
	2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00		88,69			
	3 - Titular/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA	30,00		18,25			
	4 - Dependente/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA	30,00		18,25			
Continua...		Total					
		Total Líquido					
Salário Base	Sal Cont INSS	Bas Cálc FGTS	FGTS Mês	Bas Cálc IRRF	Faixa	Dep	

Recebi em: ____/____/____ Assinatura: _____

0530-A G B LOGISTICA LTDA		Demonstrativo de Pagamento de Salário					
A G B LOGISTICA LTDA Camacari - BA		05/2025		Mensal			
CNPJ 22.849.328/0005-43		CPF: 800.294.265-53					
Cadastro 157	Nome do Funcionário FRANCIVALTER LUIS DE LIMA	CBO 782510	Empresa 530	Local 5	Departamento 001.000.000	FL 02	
Motorista Carreiro		Data Admissão:			07/08/2017		
Ev	Descrição	Referência	Proventos	Descontos			
1447	Outras Despesas - Plano de Saúde/Odonto						
	1 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00		108,87			
1724	Mensalidade Plano de Saúde - PARTE EMPRESA						
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00	124,43				
	2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00	124,43				
	3 - Titular/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA	30,00	13,11				
	4 - Dependente/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA	30,00	13,11				
1861	Prêmio por desempenho		669,49				
1863	Premiação SASCAR		336,00				
1920	IRRF	22,50 %		371,45			
1950	INSS	14,00 %		641,39			
		Total		6.946,97			
		Total Líquido		3.958,85			
Salário Base	Sal Cont INSS	Bas Cálc FGTS	FGTS Mês	Bas Cálc IRRF	Faixa	Dep	
3.177,94	5.941,48	5.941,48	475,31	4.653,05	22,50	00	

Recebi em: ____/____/____ Assinatura: _____