

0530-A G B LOGISTICA LTDA		Demonstrativo de Pagamento de Salário					
A G B LOGISTICA LTDA Camacari - BA		06/2025		Mensal			
CNPJ 22.849.328/0005-43		CPF: 628.645.135-87					
Cadastro 234	Nome do Funcionário SALVADOR EVERALDO FIEL	CBO 782510	Empresa 530	Local 5	Departamento 001.000.000	FL 01	
Motorista Carreiro		Data Admissão:		01/10/2018			
Ev	Descrição	Referência	Proventos		Descontos		
161	Estouro do Mês Anterior				566,52		
163	Estouro do Mês			987,26			
200	Horas Auxílio Doença Diurnas	30 Dias		3.177,94			
204	Periculosidade Auxílio Doença	30,00 %		953,38			
210	Med.Hrs.Ext.Auxílio Doença Diurna	057:20 hs		1.855,86			
214	Med.Eve.Var.Auxílio Doença	220:00 hs		251,58			
224	Quinquênio Auxílio Doença	5,00 %		158,90			
1445	Plano de Saúde/Odontológico						
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00			94,89		
	2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00			189,78		
	3 - Titular/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA	30,00			2,84		
1447	Outras Despesas - Plano de Saúde/Odonto						
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00			133,23		
1724	Mensalidade Plano de Saúde - PARTE EMPRESA						
Continua...		Total					
		Total Líquido					
Salário Base	Sal Cont INSS	Bas Cálc FGTS	FGTS Mês	Base IRRF C/Ded Simp	Faixa	Dep	

Recebi em: ____/____/____ Assinatura: _____

0530-A G B LOGISTICA LTDA		Demonstrativo de Pagamento de Salário					
A G B LOGISTICA LTDA Camacari - BA		06/2025		Mensal			
CNPJ 22.849.328/0005-43		CPF: 628.645.135-87					
Cadastro 234	Nome do Funcionário SALVADOR EVERALDO FIEL	CBO 782510	Empresa 530	Local 5	Departamento 001.000.000	FL 02	
Motorista Carreiro		Data Admissão:		01/10/2018			
Ev	Descrição	Referência	Proventos		Descontos		
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00		147,64			
	2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00		295,28			
	3 - Titular/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA	30,00		13,97			
		Total		987,26	987,26		
		Total Líquido			0,00		
Salário Base	Sal Cont INSS	Bas Cálc FGTS	FGTS Mês	Bas Cálc IRRF	Faixa	Dep	
3.177,94	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	01	

Recebi em: ____/____/____ Assinatura: _____

0530-A G B LOGISTICA LTDA		Demonstrativo de Pagamento de Salário					
A G B LOGISTICA LTDA Camacari - BA		06/2025		Mensal			
CNPJ 22.849.328/0005-43		CPF: 628.645.135-87					
Cadastro 234	Nome do Funcionário SALVADOR EVERALDO FIEL	CBO 782510	Empresa 530	Local 5	Departamento 001.000.000	FL 01	
Motorista Carreiro		Data Admissão:		01/10/2018			
Ev	Descrição	Referência	Proventos	Descontos			
161	Estouro do Mês Anterior			566,52			
163	Estouro do Mês		987,26				
200	Horas Auxílio Doença Diurnas	30 Dias	3.177,94				
204	Periculosidade Auxílio Doença	30,00 %	953,38				
210	Med.Hrs.Ext.Auxílio Doença Diurna	057:20 hs	1.855,86				
214	Med.Eve.Var.Auxílio Doença	220:00 hs	251,58				
224	Quinquênio Auxílio Doença	5,00 %	158,90				
1445	Plano de Saúde/Odontológico						
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00		94,89			
	2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00		189,78			
	3 - Titular/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA	30,00		2,84			
1447	Outras Despesas - Plano de Saúde/Odonto						
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00		133,23			
1724	Mensalidade Plano de Saúde - PARTE EMPRESA						
Continua...		Total					
		Total Líquido					
Salário Base	Sal Cont INSS	Bas Cálc FGTS	FGTS Mês	Base IRRF C/Ded Simp	Faixa	Dep	

Recebi em: ____/____/____ Assinatura: _____

0530-A G B LOGISTICA LTDA		Demonstrativo de Pagamento de Salário					
A G B LOGISTICA LTDA Camacari - BA		06/2025		Mensal			
CNPJ 22.849.328/0005-43		CPF: 628.645.135-87					
Cadastro 234	Nome do Funcionário SALVADOR EVERALDO FIEL	CBO 782510	Empresa 530	Local 5	Departamento 001.000.000	FL 02	
Motorista Carreiro		Data Admissão:		01/10/2018			
Ev	Descrição	Referência	Proventos	Descontos			
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00	147,64				
	2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00	295,28				
	3 - Titular/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA	30,00	13,97				
		Total		987,26			
		Total Líquido		0,00			
Salário Base	Sal Cont INSS	Bas Cálc FGTS	FGTS Mês	Bas Cálc IRRF	Faixa	Dep	
3.177,94	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	01	

Recebi em: ____/____/____ Assinatura: _____