

0530-A G B LOGISTICA LTDA		Demonstrativo de Pagamento de Salário					
A G B LOGISTICA LTDA Camacari - BA		07/2025		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			
1	Salario Base	21 Dias	2.358,03				
25	Desconto DSR Diurnas	3 Dias		336,86			
64	Periculosidade	30,00 %	707,41				
78	Quinquênio	5,00 %	101,06				
163	Estouro do Mês		170,12				
200	Horas Auxílio Doença Diurnas	9 Dias	1.010,59				
204	Periculosidade Auxílio Doença	30,00 %	303,18				
210	Med.Hrs.Ext.Auxílio Doença Diurna	017:17 hs	571,86				
214	Med.Eve.Var.Auxílio Doença	066:00 hs	75,47				
224	Quinquênio Auxílio Doença	5,00 %	50,53				
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			
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		07/2025		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			
1447	Outras Despesas - Plano de Saúde/Odonto						
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00		596,18			
	2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00		242,00			
1587	Faltas Dias	16 Dias		1.796,60			
1724	Mensalidade Plano de Saúde - PARTE EMPRESA						
	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				
1950	INSS	7,50 %		77,47			
		Total		3.336,62			
		Total Líquido		0,00			
Salário Base	Sal Cont INSS	Bas Cálc FGTS	FGTS Mês	Bas Cálc IRRF	Faixa	Dep	
3.368,62	1.033,04	1.033,04	82,64	425,84	0,00	01	
Recebi em: ____/____/____ Assinatura: _____							

0530-A G B LOGISTICA LTDA		Demonstrativo de Pagamento de Salário					
A G B LOGISTICA LTDA Camacari - BA		07/2025		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			
1	Salario Base	21 Dias	2.358,03				
25	Desconto DSR Diurnas	3 Dias		336,86			
64	Periculosidade	30,00 %	707,41				
78	Quinquênio	5,00 %	101,06				
163	Estouro do Mês		170,12				
200	Horas Auxílio Doença Diurnas	9 Dias	1.010,59				
204	Periculosidade Auxílio Doença	30,00 %	303,18				
210	Med.Hrs.Ext.Auxílio Doença Diurna	017:17 hs	571,86				
214	Med.Eve.Var.Auxílio Doença	066:00 hs	75,47				
224	Quinquênio Auxílio Doença	5,00 %	50,53				
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			
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		07/2025		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			
1447	Outras Despesas - Plano de Saúde/Odonto						
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00		596,18			
	2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00		242,00			
1587	Faltas Dias	16 Dias		1.796,60			
1724	Mensalidade Plano de Saúde - PARTE EMPRESA						
	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				
1950	INSS	7,50 %		77,47			
		Total		3.336,62		3.336,62	
		Total Líquido		0,00			
Salário Base	Sal Cont INSS	Bas Cálc FGTS	FGTS Mês	Bas Cálc IRRF	Faixa	Dep	
3.368,62	1.033,04	1.033,04	82,64	425,84	0,00	01	

Recebi em: ____/____/____ Assinatura: _____