

0530-A G B LOGISTICA LTDA		Demonstrativo de Pagamento de Salário				
A G B LOGISTICA LTDA Camacari - BA		08/2025		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	30 Dias	3.368,62			
18	P.L.R		250,00			
35	Horas Extras 50% Diurnas	013:58 hs	430,81			
49	Horas Extras 100% Diurnas	002:22 hs	93,74			
59	DSR S/Horas Extras Diurnas	004:77 hs	100,87			
64	Periculosidade	30,00 %	1.010,59			
78	Quinquênio	5,00 %	168,43			
161	Estouro do Mês Anterior			170,12		
820	Desconto Adiantamento - IRRF			1.751,68		
1391	Dsr sobre Adic.Noturno	004:87 hs	16,79			
1445	Plano de Saude/Odontologico					
	1 - Titular/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA	30,00		2,84		
	2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00		189,78		
	3 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00		94,89		
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		08/2025		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 Saude/Odonto					
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00		193,97		
	2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00		240,75		
1724	Mensalidade Plano de Saúde - PARTE EMPRESA					
	1 - Titular/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA	30,00	13,97			
	2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00	295,28			
	3 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00	147,64			
1861	Prêmio por desempenho		672,27			
1920	IRRF	15,00 %		124,81		
1950	INSS	14,00 %		548,38		
2096	ADICIONAL NOTURNO (V)	021:12 hs	87,30			
		Total	6.199,42	3.317,22		
		Total Líquido		2.882,20		
Salário Base	Sal Cont INSS	Bas Cálc FGTS	FGTS Mês	Bas Cálc IRRF	Faixa	Dep
3.368,62	5.277,15	5.277,15	422,17	3.459,77	15,00	01

Recebi em: ____/____/____ Assinatura: _____

0530-A G B LOGISTICA LTDA		Demonstrativo de Pagamento de Salário				
A G B LOGISTICA LTDA Camacari - BA		08/2025		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	30 Dias	3.368,62			
18	P.L.R		250,00			
35	Horas Extras 50% Diurnas	013:58 hs	430,81			
49	Horas Extras 100% Diurnas	002:22 hs	93,74			
59	DSR S/Horas Extras Diurnas	004:77 hs	100,87			
64	Periculosidade	30,00 %	1.010,59			
78	Quinquênio	5,00 %	168,43			
161	Estouro do Mês Anterior			170,12		
820	Desconto Adiantamento - IRRF			1.751,68		
1391	Dsr sobre Adic.Noturno	004:87 hs	16,79			
1445	Plano de Saude/Odontologico					
	1 - Titular/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA	30,00		2,84		
	2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00		189,78		
	3 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00		94,89		
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		08/2025		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 Saude/Odonto					
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00		193,97		
	2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00		240,75		
1724	Mensalidade Plano de Saúde - PARTE EMPRESA					
	1 - Titular/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA	30,00	13,97			
	2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00	295,28			
	3 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00	147,64			
1861	Prêmio por desempenho		672,27			
1920	IRRF	15,00 %		124,81		
1950	INSS	14,00 %		548,38		
2096	ADICIONAL NOTURNO (V)	021:12 hs	87,30			
		Total		3.317,22		
		Total Líquido		2.882,20		
Salário Base	Sal Cont INSS	Bas Cálc FGTS	FGTS Mês	Bas Cálc IRRF	Faixa	Dep
3.368,62	5.277,15	5.277,15	422,17	3.459,77	15,00	01

Recebi em: ____/____/____ Assinatura: _____