

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: 724.247.534-15					
Cadastro 299	Nome do Funcionário WELLINGTON DE ANDRADE PONCELL	CBO 782510	Empresa 530	Local 5	Departamento 001.000.000	FL 01	
Motorista Carreiro		Data Admissão:		04/05/2020			
Ev	Descrição	Referência	Proventos	Descontos			
1	Salario Base	30 Dias	3.177,94				
35	Horas Extras 50% Diurnas	027:03 hs	923,79				
49	Horas Extras 100% Diurnas	003:97 hs	180,73				
59	DSR S/Horas Extras Diurnas	012:12 hs	276,13				
64	Periculosidade	30,00 %	953,38				
78	Quinquênio	5,00 %	158,90				
820	Desconto Adiantamento - IRRF			1.652,53			
1391	Dsr sobre Adic.Noturno	037:00 hs	144,34				
1392	ADICIONAL NOTURNO (V)	148:03 hs	577,36				
1445	Plano de Saúde/Odontológico						
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00		94,89			
	2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00		284,67			
	3 - Titular/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA	30,00		64,28			
	4 - Dependente/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA	30,00		105,55			
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		06/2025		Mensal			
CNPJ 22.849.328/0005-43		CPF: 724.247.534-15					
Cadastro 299	Nome do Funcionário WELLINGTON DE ANDRADE PONCELL	CBO 782510	Empresa 530	Local 5	Departamento 001.000.000	FL 02	
Motorista Carreiro		Data Admissão:		04/05/2020			
Ev	Descrição	Referência	Proventos	Descontos			
1447	Outras Despesas - Plano de Saúde/Odonto						
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00		151,73			
	2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00		111,75			
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	442,92				
	3 - Titular/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA	30,00	13,11				
	4 - Dependente/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA	30,00	26,22				
1861	Prêmio por desempenho		679,65				
1863	Premiação SASCAR		336,00				
1920	IRRF	27,50 %		480,34			
1950	INSS	14,00 %		704,54			
		Total		7.408,22		3.650,28	
		Total Líquido		3.757,94			
Salário Base	Sal Cont INSS	Bas Cálc FGTS	FGTS Mês	Bas Cálc IRRF	Faixa	Dep	
3.177,94	6.392,57	6.392,57	511,40	5.051,15	27,50	00	

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: 724.247.534-15					
Cadastro 299	Nome do Funcionário WELLINGTON DE ANDRADE PONCELL Motorista Carreiro	CBO 782510	Empresa 530	Local 5	Departamento 001.000.000	FL 01	
			Data Admissão:		04/05/2020		
Ev	Descrição	Referência	Proventos		Descontos		
1	Salario Base	30 Dias	3.177,94				
35	Horas Extras 50% Diurnas	027:03 hs	923,79				
49	Horas Extras 100% Diurnas	003:97 hs	180,73				
59	DSR S/Horas Extras Diurnas	012:12 hs	276,13				
64	Periculosidade	30,00 %	953,38				
78	Quinquênio	5,00 %	158,90				
820	Desconto Adiantamento - IRRF				1.652,53		
1391	Dsr sobre Adic.Noturno	037:00 hs	144,34				
1392	ADICIONAL NOTURNO (V)	148:03 hs	577,36				
1445	Plano de Saúde/Odontológico						
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00			94,89		
	2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00			284,67		
	3 - Titular/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA	30,00			64,28		
	4 - Dependente/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA	30,00			105,55		
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		06/2025		Mensal			
CNPJ 22.849.328/0005-43		CPF: 724.247.534-15					
Cadastro 299	Nome do Funcionário WELLINGTON DE ANDRADE PONCELL Motorista Carreiro	CBO 782510	Empresa 530	Local 5	Departamento 001.000.000	FL 02	
			Data Admissão:		04/05/2020		
Ev	Descrição	Referência	Proventos		Descontos		
1447	Outras Despesas - Plano de Saúde/Odonto						
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00			151,73		
	2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00			111,75		
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	442,92				
	3 - Titular/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA	30,00	13,11				
	4 - Dependente/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA	30,00	26,22				
1861	Prêmio por desempenho		679,65				
1863	Premiação SASCAR		336,00				
1920	IRRF	27,50 %			480,34		
1950	INSS	14,00 %			704,54		
		Total		7.408,22		3.650,28	
		Total Líquido		3.757,94			
Salário Base	Sal Cont INSS	Bas Cálc FGTS	FGTS Mês	Bas Cálc IRRF	Faixa	Dep	
3.177,94	6.392,57	6.392,57	511,40	5.051,15	27,50	00	

Recebi em: ____/____/____ Assinatura: _____