

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: 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	3.368,62				
18	P.L.R		250,00				
35	Horas Extras 50% Diurnas	012:45 hs	435,52				
49	Horas Extras 100% Diurnas	002:22 hs	103,39				
59	DSR S/Horas Extras Diurnas	004:43 hs	103,64				
64	Periculosidade	30,00 %	1.010,59				
78	Quinquênio	5,00 %	168,43				
820	Desconto Adiantamento - IRRF			1.751,68			
1391	Dsr sobre Adic.Noturno	027:28 hs	94,03				
1445	Plano de Saude/Odontologico						
	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		128,56			
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: 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 Saude/Odonto						
	1 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00		180,21			
	2 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00		262,50			
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				
1920	IRRF	15,00 %		116,39			
1950	INSS	14,00 %		617,82			
2096	ADICIONAL NOTURNO (V)	118:27 hs	488,94				
		Total		6.023,16		3.501,00	
		Total Líquido		2.522,16			
Salário Base	Sal Cont INSS	Bas Cálc FGTS	FGTS Mês	Bas Cálc IRRF	Faixa	Dep	
3.368,62	5.773,16	5.773,16	461,85	3.403,66	15,00	00	

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: 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	3.368,62				
18	P.L.R		250,00				
35	Horas Extras 50% Diurnas	012:45 hs	435,52				
49	Horas Extras 100% Diurnas	002:22 hs	103,39				
59	DSR S/Horas Extras Diurnas	004:43 hs	103,64				
64	Periculosidade	30,00 %	1.010,59				
78	Quinquênio	5,00 %	168,43				
820	Desconto Adiantamento - IRRF			1.751,68			
1391	Dsr sobre Adic.Noturno	027:28 hs	94,03				
1445	Plano de Saude/Odontologico						
	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		128,56			
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: 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 Saude/Odonto						
	1 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00		180,21			
	2 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00		262,50			
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				
1920	IRRF	15,00 %		116,39			
1950	INSS	14,00 %		617,82			
2096	ADICIONAL NOTURNO (V)	118:27 hs	488,94				
		Total		6.023,16		3.501,00	
		Total Líquido		2.522,16			
Salário Base	Sal Cont INSS	Bas Cálc FGTS	FGTS Mês	Bas Cálc IRRF	Faixa	Dep	
3.368,62	5.773,16	5.773,16	461,85	3.403,66	15,00	00	

Recebi em: ___/___/___ Assinatura: _____