

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: 798.627.485-91					
Cadastro 341	Nome do Funcionário WELLINGTON GUEDES CARNEIRO	CBO 782510	Empresa 530	Local 5	Departamento 001.000.000	FL 01	
Motorista Carreiro		Data Admissão:		07/06/2021			
Ev	Descrição	Referência	Proventos	Descontos			
1	Salario Base	30 Dias	3.177,94				
35	Horas Extras 50% Diurnas	027:67 hs	847,71				
49	Horas Extras 100% Diurnas	002:05 hs	83,75				
59	DSR S/Horas Extras Diurnas	011:40 hs	232,87				
64	Periculosidade	30,00 %	953,38				
74	Triênio	3,00 %	95,34				
820	Desconto Adiantamento - IRRF			1.652,53			
1391	Dsr sobre Adic.Noturno	013:90 hs	53,44				
1392	ADICIONAL NOTURNO (V)	055:63 hs	213,77				
1445	Plano de Saúde/Odontológico						
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00		94,89			
	2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00		379,56			
	3 - Titular/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA	30,00		18,25			
	4 - Dependente/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA	30,00		54,75			
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: 798.627.485-91					
Cadastro 341	Nome do Funcionário WELLINGTON GUEDES CARNEIRO	CBO 782510	Empresa 530	Local 5	Departamento 001.000.000	FL 02	
Motorista Carreiro		Data Admissão:		07/06/2021			
Ev	Descrição	Referência	Proventos	Descontos			
1447	Outras Despesas - Plano de Saúde/Odonto						
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00		357,56			
	2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00		94,18			
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	590,56				
	3 - Titular/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA	30,00	13,11				
	4 - Dependente/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA	30,00	39,33				
1861	Prêmio por desempenho		684,20				
1863	Premiação SASCAR		1.008,00				
1920	IRRF	22,50 %		343,17			
1950	INSS	14,00 %		601,73			
4004	Empréstimo Crédito do Trabalhador	2/12		182,08			
		Total		7.350,40		3.778,70	
		Total Líquido		3.571,70			
Salário Base	Sal Cont INSS	Bas Cálc FGTS	FGTS Mês	Bas Cálc IRRF	Faixa	Dep	
3.177,94	5.658,20	5.658,20	452,65	4.527,37	22,50	03	

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: 798.627.485-91				
Cadastro 341	Nome do Funcionário WELLINGTON GUEDES CARNEIRO	CBO 782510	Empresa 530	Local 5	Departamento 001.000.000	FL 01
Motorista Carreiro		Data Admissão:		07/06/2021		
Ev	Descrição	Referência	Proventos	Descontos		
1	Salario Base	30 Dias	3.177,94			
35	Horas Extras 50% Diurnas	027:67 hs	847,71			
49	Horas Extras 100% Diurnas	002:05 hs	83,75			
59	DSR S/Horas Extras Diurnas	011:40 hs	232,87			
64	Periculosidade	30,00 %	953,38			
74	Triênio	3,00 %	95,34			
820	Desconto Adiantamento - IRRF			1.652,53		
1391	Dsr sobre Adic.Noturno	013:90 hs	53,44			
1392	ADICIONAL NOTURNO (V)	055:63 hs	213,77			
1445	Plano de Saúde/Odontológico					
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00		94,89		
	2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00		379,56		
	3 - Titular/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA	30,00		18,25		
	4 - Dependente/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA	30,00		54,75		
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: 798.627.485-91				
Cadastro 341	Nome do Funcionário WELLINGTON GUEDES CARNEIRO	CBO 782510	Empresa 530	Local 5	Departamento 001.000.000	FL 02
Motorista Carreiro		Data Admissão:		07/06/2021		
Ev	Descrição	Referência	Proventos	Descontos		
1447	Outras Despesas - Plano de Saúde/Odonto					
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00		357,56		
	2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00		94,18		
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	590,56			
	3 - Titular/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA	30,00	13,11			
	4 - Dependente/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA	30,00	39,33			
1861	Prêmio por desempenho		684,20			
1863	Premiação SASCAR		1.008,00			
1920	IRRF	22,50 %		343,17		
1950	INSS	14,00 %		601,73		
4004	Empréstimo Crédito do Trabalhador	2/12		182,08		
		Total		7.350,40		
		Total Líquido		3.571,70		
Salário Base	Sal Cont INSS	Bas Cálc FGTS	FGTS Mês	Bas Cálc IRRF	Faixa	Dep
3.177,94	5.658,20	5.658,20	452,65	4.527,37	22,50	03

Recebi em: ____/____/____ Assinatura: _____