

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: 956.783.013-49					
Cadastro 416	Nome do Funcionário JOSE WELLINGTON DOS SANTOS	CBO 914425	Empresa 530	Local 5	Departamento 001.000.000	FL 01	
Mecânico		Data Admissão:		10/06/2022			
Ev	Descrição	Referência	Proventos	Descontos			
1	Salario Base	30 Dias	2.744,76				
35	Horas Extras 50% Diurnas	015:08 hs	378,41				
49	Horas Extras 100% Diurnas	005:42 hs	181,19				
59	DSR S/Horas Extras Diurnas	008:35 hs	139,90				
64	Periculosidade	30,00 %	823,43				
74	Triênio	3,00 %	82,34				
820	Desconto Adiantamento - IRRF			1.427,28			
1391	Dsr sobre Adic.Noturno	001:75 hs	5,81				
1392	ADICIONAL NOTURNO (V)	007:00 hs	23,23				
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		64,28			
	4 - Dependente/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA	30,00		64,28			
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: 956.783.013-49					
Cadastro 416	Nome do Funcionário JOSE WELLINGTON DOS SANTOS	CBO 914425	Empresa 530	Local 5	Departamento 001.000.000	FL 02	
Mecânico		Data Admissão:		10/06/2022			
Ev	Descrição	Referência	Proventos	Descontos			
1447	Outras Despesas - Plano de Saúde/Odonto						
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00		24,35			
	2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00		40,12			
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	13,11				
	4 - Dependente/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA	30,00	13,11				
1792	Vale Alimentação (PAT)		111,00				
1793	Ticket Refeição (PAT)		803,50				
1794	Desc.Ticket Aliment.(PAT)			1,11			
1795	Desc.Ticket Refeicao (PAT)			8,04			
1950	INSS	14,00 %		422,65			
		Total		5.293,57		2.336,78	
		Total Líquido		2.956,79			
Salário Base	Sal Cont INSS	Bas Cálc FGTS	FGTS Mês	Bas Cálc IRRF	Faixa	Dep	
2.744,76	4.379,07	4.379,07	350,32	2.339,55	0,00	01	

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: 956.783.013-49					
Cadastro 416	Nome do Funcionário JOSE WELLINGTON DOS SANTOS Mecânico	CBO 914425	Empresa 530	Local 5	Departamento 001.000.000	FL 01	
				Data Admissão: 10/06/2022			
Ev	Descrição	Referência	Proventos		Descontos		
1	Salario Base	30 Dias	2.744,76				
35	Horas Extras 50% Diurnas	015:08 hs	378,41				
49	Horas Extras 100% Diurnas	005:42 hs	181,19				
59	DSR S/Horas Extras Diurnas	008:35 hs	139,90				
64	Periculosidade	30,00 %	823,43				
74	Triênio	3,00 %	82,34				
820	Desconto Adiantamento - IRRF				1.427,28		
1391	Dsr sobre Adic.Noturno	001:75 hs	5,81				
1392	ADICIONAL NOTURNO (V)	007:00 hs	23,23				
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			64,28		
	4 - Dependente/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA	30,00			64,28		
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: 956.783.013-49					
Cadastro 416	Nome do Funcionário JOSE WELLINGTON DOS SANTOS Mecânico	CBO 914425	Empresa 530	Local 5	Departamento 001.000.000	FL 02	
				Data Admissão: 10/06/2022			
Ev	Descrição	Referência	Proventos		Descontos		
1447	Outras Despesas - Plano de Saúde/Odonto						
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00			24,35		
	2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00			40,12		
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	13,11				
	4 - Dependente/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA	30,00	13,11				
1792	Vale Alimentação (PAT)		111,00				
1793	Ticket Refeição (PAT)		803,50				
1794	Desc.Ticket Aliment.(PAT)				1,11		
1795	Desc.Ticket Refeicao (PAT)				8,04		
1950	INSS	14,00 %			422,65		
		Total		5.293,57		2.336,78	
		Total Líquido		2.956,79			
Salário Base	Sal Cont INSS	Bas Cálc FGTS	FGTS Mês	Bas Cálc IRRF	Faixa	Dep	
2.744,76	4.379,07	4.379,07	350,32	2.339,55	0,00	01	

Recebi em: ____/____/____ Assinatura: _____