

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: 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	2.909,45			
18	P.L.R		250,00			
35	Horas Extras 50% Diurnas	034:17 hs	908,94			
59	DSR S/Horas Extras Diurnas	009:85 hs	174,80			
64	Periculosidade	30,00 %	872,84			
74	Triênio	3,00 %	87,28			
820	Desconto Adiantamento - IRRF			1.512,92		
1391	Dsr sobre Adic.Noturno	001:77 hs	5,20			
1445	Plano de Saude/Odontologico					
	1 - Titular/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA	30,00		64,28		
	2 - Dependente/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA	30,00		64,28		
	3 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00		189,78		
	4 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00		94,89		
1447	Outras Despesas - Plano de Saude/Odonto					
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: 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		
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00		27,71		
	2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00		334,16		
1724	Mensalidade Plano de Saúde - PARTE EMPRESA					
	1 - Titular/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA	30,00	13,11			
	2 - Dependente/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA	30,00	13,11			
	3 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00	295,28			
	4 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00	147,64			
1792	Vale Alimentacao (PAT)		111,00			
1793	Ticket Refeicao (PAT)		630,00			
1794	Desc.Ticket Aliment.(PAT)			1,11		
1795	Desc.Ticket Refeicao (PAT)			6,30		
1920	IRRF	7,50 %		26,00		
1950	INSS	14,00 %		507,55		
2096	ADICIONAL NOTURNO (V)	007:68 hs	27,03			
		Total		5.976,54		2.828,98
		Total Líquido		3.147,56		
Salário Base	Sal Cont INSS	Bas Cálc FGTS	FGTS Mês	Bas Cálc IRRF	Faixa	Dep
2.909,45	4.985,54	4.985,54	398,84	2.775,48	7,50	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: 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	2.909,45			
18	P.L.R		250,00			
35	Horas Extras 50% Diurnas	034:17 hs	908,94			
59	DSR S/Horas Extras Diurnas	009:85 hs	174,80			
64	Periculosidade	30,00 %	872,84			
74	Triênio	3,00 %	87,28			
820	Desconto Adiantamento - IRRF			1.512,92		
1391	Dsr sobre Adic.Noturno	001:77 hs	5,20			
1445	Plano de Saude/Odontologico					
	1 - Titular/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA	30,00		64,28		
	2 - Dependente/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA	30,00		64,28		
	3 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00		189,78		
	4 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00		94,89		
1447	Outras Despesas - Plano de Saude/Odonto					
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: 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		
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00		27,71		
	2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00		334,16		
1724	Mensalidade Plano de Saúde - PARTE EMPRESA					
	1 - Titular/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA	30,00	13,11			
	2 - Dependente/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA	30,00	13,11			
	3 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00	295,28			
	4 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00	147,64			
1792	Vale Alimentacao (PAT)		111,00			
1793	Ticket Refeicao (PAT)		630,00			
1794	Desc.Ticket Aliment.(PAT)			1,11		
1795	Desc.Ticket Refeicao (PAT)			6,30		
1920	IRRF	7,50 %		26,00		
1950	INSS	14,00 %		507,55		
2096	ADICIONAL NOTURNO (V)	007:68 hs	27,03			
		Total		5.976,54		2.828,98
		Total Líquido		3.147,56		
Salário Base	Sal Cont INSS	Bas Cálc FGTS	FGTS Mês	Bas Cálc IRRF	Faixa	Dep
2.909,45	4.985,54	4.985,54	398,84	2.775,48	7,50	01

Recebi em: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_