

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: 828.328.115-15					
Cadastro 466	Nome do Funcionário REJIVALDO BOMFIM DOS SANTOS	CBO 782510	Empresa 530	Local 5	Departamento 001.000.000	FL 01	
Motorista Carreiro		Data Admissão:		01/06/2023			
Ev	Descrição	Referência	Proventos	Descontos			
1	Salario Base	30 Dias	3.177,94				
35	Horas Extras 50% Diurnas	025:12 hs	752,98				
49	Horas Extras 100% Diurnas	002:38 hs	95,27				
59	DSR S/Horas Extras Diurnas	010:60 hs	212,06				
64	Periculosidade	30,00 %	953,38				
820	Desconto Adiantamento - IRRF			1.652,53			
1391	Dsr sobre Adic.Noturno	014:13 hs	53,13				
1392	ADICIONAL NOTURNO (V)	056:58 hs	212,51				
1445	Plano de Saúde/Odontológico						
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00		94,89			
	2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00		360,16			
	3 - Titular/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA	30,00		2,84			
	4 - Dependente/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA	30,00		8,52			
1447	Outras Despesas - Plano de Saúde/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		06/2025		Mensal			
CNPJ 22.849.328/0005-43		CPF: 828.328.115-15					
Cadastro 466	Nome do Funcionário REJIVALDO BOMFIM DOS SANTOS	CBO 782510	Empresa 530	Local 5	Departamento 001.000.000	FL 02	
Motorista Carreiro		Data Admissão:		01/06/2023			
Ev	Descrição	Referência	Proventos	Descontos			
1724	1 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00		435,12			
	Mensalidade Plano de Saúde - PARTE EMPRESA						
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00	147,64				
	2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00	534,28				
	3 - Titular/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA	30,00	13,97				
	4 - Dependente/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA	30,00	41,91				
1861	Prêmio por desempenho		684,43				
1863	Premiação SASCAR		336,00				
1920	IRRF	22,50 %		195,80			
1950	INSS	14,00 %		573,60			
		Total		6.477,70			
		Total Líquido		3.154,24			
Salário Base	Sal Cont INSS	Bas Cálc FGTS	FGTS Mês	Bas Cálc IRRF	Faixa	Dep	
3.177,94	5.457,27	5.457,27	436,58	3.872,39	22,50	02	

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: 828.328.115-15					
Cadastro 466	Nome do Funcionário REJIVALDO BOMFIM DOS SANTOS	CBO 782510	Empresa 530	Local 5	Departamento 001.000.000	FL 01	
Motorista Carreiro		Data Admissão:		01/06/2023			
Ev	Descrição	Referência	Proventos	Descontos			
1	Salario Base	30 Dias	3.177,94				
35	Horas Extras 50% Diurnas	025:12 hs	752,98				
49	Horas Extras 100% Diurnas	002:38 hs	95,27				
59	DSR S/Horas Extras Diurnas	010:60 hs	212,06				
64	Periculosidade	30,00 %	953,38				
820	Desconto Adiantamento - IRRF			1.652,53			
1391	Dsr sobre Adic.Noturno	014:13 hs	53,13				
1392	ADICIONAL NOTURNO (V)	056:58 hs	212,51				
1445	Plano de Saúde/Odontológico						
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00		94,89			
	2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00		360,16			
	3 - Titular/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA	30,00		2,84			
	4 - Dependente/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA	30,00		8,52			
1447	Outras Despesas - Plano de Saúde/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		06/2025		Mensal			
CNPJ 22.849.328/0005-43		CPF: 828.328.115-15					
Cadastro 466	Nome do Funcionário REJIVALDO BOMFIM DOS SANTOS	CBO 782510	Empresa 530	Local 5	Departamento 001.000.000	FL 02	
Motorista Carreiro		Data Admissão:		01/06/2023			
Ev	Descrição	Referência	Proventos	Descontos			
1724	1 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00		435,12			
	Mensalidade Plano de Saúde - PARTE EMPRESA						
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00	147,64				
	2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00	534,28				
	3 - Titular/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA	30,00	13,97				
	4 - Dependente/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA	30,00	41,91				
1861	Prêmio por desempenho		684,43				
1863	Premiação SASCAR		336,00				
1920	IRRF	22,50 %		195,80			
1950	INSS	14,00 %		573,60			
		Total		6.477,70		3.323,46	
		Total Líquido		3.154,24			
Salário Base	Sal Cont INSS	Bas Cálc FGTS	FGTS Mês	Bas Cálc IRRF	Faixa	Dep	
3.177,94	5.457,27	5.457,27	436,58	3.872,39	22,50	02	

Recebi em: ___/___/___ Assinatura: _____