

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: 828.328.115-15					
Cadastro 466	Nome do Funcionário	CBO	Empresa	Local	Departamento	FL	
	REJIVALDO BOMFIM DOS SANTOS	782510	530	5	001.000.000	01	
Motorista Carreiro		Data Admissão:		01/06/2023			
Ev	Descrição	Referência	Proventos	Descontos			
1	Salario Base	30 Dias	3.368,62				
18	P.L.R		250,00				
35	Horas Extras 50% Diurnas	021:42 hs	679,94				
49	Horas Extras 100% Diurnas	001:45 hs	61,38				
59	DSR S/Horas Extras Diurnas	006:73 hs	142,56				
64	Periculosidade	30,00 %	1.010,59				
820	Desconto Adiantamento - IRRF			1.751,68			
1391	Dsr sobre Adic.Noturno	013:47 hs	44,71				
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		2,84			
	4 - Dependente/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA	30,00		8,52			
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: 828.328.115-15					
Cadastro 466	Nome do Funcionário	CBO	Empresa	Local	Departamento	FL	
	REJIVALDO BOMFIM DOS SANTOS	782510	530	5	001.000.000	02	
Motorista Carreiro		Data Admissão:		01/06/2023			
Ev	Descrição	Referência	Proventos	Descontos			
1724	1 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00		148,49			
	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	13,97				
	4 - Dependente/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA	30,00	41,91				
1861	Prêmio por desempenho		683,48				
1863	Premiação SASCAR		336,00				
1920	IRRF	22,50 %		189,34			
1950	INSS	14,00 %		585,22			
2096	ADICIONAL NOTURNO (V)	058:40 hs	232,50				
		Total		6.809,78		3.065,65	
		Total Líquido		3.744,13			
Salário Base	Sal Cont INSS	Bas Cálc FGTS	FGTS Mês	Bas Cálc IRRF	Faixa	Dep	
3.368,62	5.540,30	5.540,30	443,22	3.843,70	22,50	02	

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: 828.328.115-15					
Cadastro 466	Nome do Funcionário	CBO	Empresa	Local	Departamento	FL	
	REJIVALDO BOMFIM DOS SANTOS	782510	530	5	001.000.000	01	
Motorista Carreiro		Data Admissão:		01/06/2023			
Ev	Descrição	Referência	Proventos	Descontos			
1	Salario Base	30 Dias	3.368,62				
18	P.L.R		250,00				
35	Horas Extras 50% Diurnas	021:42 hs	679,94				
49	Horas Extras 100% Diurnas	001:45 hs	61,38				
59	DSR S/Horas Extras Diurnas	006:73 hs	142,56				
64	Periculosidade	30,00 %	1.010,59				
820	Desconto Adiantamento - IRRF			1.751,68			
1391	Dsr sobre Adic.Noturno	013:47 hs	44,71				
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		2,84			
	4 - Dependente/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA	30,00		8,52			
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: 828.328.115-15					
Cadastro 466	Nome do Funcionário	CBO	Empresa	Local	Departamento	FL	
	REJIVALDO BOMFIM DOS SANTOS	782510	530	5	001.000.000	02	
Motorista Carreiro		Data Admissão:		01/06/2023			
Ev	Descrição	Referência	Proventos	Descontos			
1724	1 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00		148,49			
	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	13,97				
	4 - Dependente/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA	30,00	41,91				
1861	Prêmio por desempenho		683,48				
1863	Premiação SASCAR		336,00				
1920	IRRF	22,50 %		189,34			
1950	INSS	14,00 %		585,22			
2096	ADICIONAL NOTURNO (V)	058:40 hs	232,50				
		Total		6.809,78		3.065,65	
		Total Líquido		3.744,13			
Salário Base	Sal Cont INSS	Bas Cálc FGTS	FGTS Mês	Bas Cálc IRRF	Faixa	Dep	
3.368,62	5.540,30	5.540,30	443,22	3.843,70	22,50	02	

Recebi em: ____/____/____ Assinatura: _____