

0530-A G B LOGISTICA LTDA				Demonstrativo de Pagamento de Salário			
A G B LOGISTICA LTDA Cuiaba - MT				09/2025		Mensal	
CNPJ 22.849.328/0007-05			CPF: 003.478.301-61				
Cadastro 484	Nome do Funcionário		CBO	Empresa	Local	Departamento	FL
	LEONARDO DO NASCIMENTO SANTOS		782510	530	7	002.000.000	01
Motorista de Caminhão			Data Admissão:		08/11/2023		
Ev	Descrição	Referência	Proventos		Descontos		
63	Vale Transp.Dinheiro		227,70				
200	Horas Auxílio Doença Diurnas	30 Dias	2.179,00				
204	Periculosidade Auxílio Doença	30,00 %	653,70				
210	Med.Hrs.Ext.Auxílio Doença Diurna	011:70 hs	326,48				
214	Med.Eve.Var.Auxílio Doença	220:00 hs	308,35				
1445	Plano de Saude/Odontologico						
	1 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00			104,96		
	2 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00			104,96		
1724	Mensalidade Plano de Saúde - PARTE EMPRESA						
	1 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00	104,96				
	2 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00	104,96				
1792	Vale Alimentacao (PAT)		353,73				
1912	Premiação		500,00				
Total			1.081,43		209,92		
Total Líquido					871,51		
Salário Base		Sal Cont INSS	Bas Cálc FGTS	FGTS Mês	Base IRRF C/Ded Simp	Faixa	Dep
2.179,00		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	03
Recebi em: ____/____/____ Assinatura: _____							

0530-A G B LOGISTICA LTDA				Demonstrativo de Pagamento de Salário			
A G B LOGISTICA LTDA Cuiaba - MT				09/2025		Mensal	
CNPJ 22.849.328/0007-05			CPF: 003.478.301-61				
Cadastro 484	Nome do Funcionário		CBO	Empresa	Local	Departamento	FL
	LEONARDO DO NASCIMENTO SANTOS		782510	530	7	002.000.000	01
Motorista de Caminhão			Data Admissão:		08/11/2023		
Ev	Descrição	Referência	Proventos		Descontos		
63	Vale Transp.Dinheiro		227,70				
200	Horas Auxílio Doença Diurnas	30 Dias	2.179,00				
204	Periculosidade Auxílio Doença	30,00 %	653,70				
210	Med.Hrs.Ext.Auxílio Doença Diurna	011:70 hs	326,48				
214	Med.Eve.Var.Auxílio Doença	220:00 hs	308,35				
1445	Plano de Saude/Odontologico						
	1 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00			104,96		
	2 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00			104,96		
1724	Mensalidade Plano de Saúde - PARTE EMPRESA						
	1 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00	104,96				
	2 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00	104,96				
1792	Vale Alimentacao (PAT)		353,73				
1912	Premiação		500,00				
Total			1.081,43		209,92		
Total Líquido					871,51		
Salário Base		Sal Cont INSS	Bas Cálc FGTS	FGTS Mês	Base IRRF C/Ded Simp	Faixa	Dep
2.179,00		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	03
Recebi em: ____/____/____ Assinatura: _____							