

0530-A G B LOGISTICA LTDA				Demonstrativo de Pagamento de Salário			
A G B LOGISTICA LTDA Cuiaba - MT				11/2025		Mensal	
CNPJ 22.849.328/0007-05			CPF: 003.478.301-61				
Cadastro 484	Nome do Funcionário LEONARDO DO NASCIMENTO SANTOS		CBO 782510	Empresa 530	Local 7	Departamento 002.000.000	FL 01
Motorista de Caminhão			Data Admissão:		08/11/2023		
Ev	Descrição	Referência		Proventos		Descontos	
163	Estouro do Mês			232,88			
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			
1004	Adic Tempo Serv Auxílio Doença	2,00 %		43,58			
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	
1447	Outras Despesas - Plano de Saude/Odonto						
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00				22,96	
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			
<b>Total</b>				<b>232,88</b>		<b>232,88</b>	
<b>Total Líquido</b>						<b>0,00</b>	
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				11/2025		Mensal	
CNPJ 22.849.328/0007-05			CPF: 003.478.301-61				
Cadastro 484	Nome do Funcionário LEONARDO DO NASCIMENTO SANTOS		CBO 782510	Empresa 530	Local 7	Departamento 002.000.000	FL 01
Motorista de Caminhão			Data Admissão:		08/11/2023		
Ev	Descrição	Referência		Proventos		Descontos	
163	Estouro do Mês			232,88			
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			
1004	Adic Tempo Serv Auxílio Doença	2,00 %		43,58			
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	
1447	Outras Despesas - Plano de Saude/Odonto						
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00				22,96	
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			
<b>Total</b>				<b>232,88</b>		<b>232,88</b>	
<b>Total Líquido</b>						<b>0,00</b>	
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: _____			