

0530-A G B LOGISTICA LTDA				Demonstrativo de Pagamento de Salário			
A G B LOGISTICA LTDA Cuiaba - MT				06/2025		Mensal	
CNPJ 22.849.328/0007-05			CPF: 603.765.381-04				
Cadastro 515	Nome do Funcionário PAULO CESAR BARBOSA DA SILVA		CBO 782510	Empresa 530	Local 7	Departamento 002.000.000	FL 01
Motorista de Caminhão			Data Admissão:		13/08/2024		
Ev	Descrição	Referência	Proventos		Descontos		
1	Salario Base	30 Dias	2.055,66				
63	Vale Transp.Dinheiro		237,60				
64	Periculosidade	30,00 %	616,70				
820	Desconto Adiantamento - IRRF				822,26		
1445	Plano de Saúde/Odontológico						
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00			104,96		
	2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00			104,96		
1653	Desvio de Função	15,00 %	308,35				
1724	Mensalidade Plano de Saúde - PARTE EMPRESA						
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00	104,96				
	2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00	104,96				
1792	Vale Alimentação (PAT)		220,50				
1912	Premiação		500,00				
1950	INSS	12,00 %			251,08		
<b>Total</b>			3.938,81		1.283,26		
<b>Total Líquido</b>			2.655,55				
Salário Base		Sal Cont INSS	Bas Cálc FGTS	FGTS Mês	Base IRRF C/Ded Simp	Faixa	Dep
2.055,66		2.980,71	2.980,71	238,45	2.051,25	0,00	00
Recebi em: ____/____/____				Assinatura: _____			

0530-A G B LOGISTICA LTDA				Demonstrativo de Pagamento de Salário			
A G B LOGISTICA LTDA Cuiaba - MT				06/2025		Mensal	
CNPJ 22.849.328/0007-05			CPF: 603.765.381-04				
Cadastro 515	Nome do Funcionário PAULO CESAR BARBOSA DA SILVA		CBO 782510	Empresa 530	Local 7	Departamento 002.000.000	FL 01
Motorista de Caminhão			Data Admissão:		13/08/2024		
Ev	Descrição	Referência	Proventos		Descontos		
1	Salario Base	30 Dias	2.055,66				
63	Vale Transp.Dinheiro		237,60				
64	Periculosidade	30,00 %	616,70				
820	Desconto Adiantamento - IRRF				822,26		
1445	Plano de Saúde/Odontológico						
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00			104,96		
	2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00			104,96		
1653	Desvio de Função	15,00 %	308,35				
1724	Mensalidade Plano de Saúde - PARTE EMPRESA						
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00	104,96				
	2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00	104,96				
1792	Vale Alimentação (PAT)		220,50				
1912	Premiação		500,00				
1950	INSS	12,00 %			251,08		
<b>Total</b>			3.938,81		1.283,26		
<b>Total Líquido</b>			2.655,55				
Salário Base		Sal Cont INSS	Bas Cálc FGTS	FGTS Mês	Base IRRF C/Ded Simp	Faixa	Dep
2.055,66		2.980,71	2.980,71	238,45	2.051,25	0,00	00
Recebi em: ____/____/____				Assinatura: _____			