

0530-A G B LOGISTICA LTDA				Demonstrativo de Pagamento de Salário			
A G B LOGISTICA LTDA Cuiaba - MT				07/2025		Mensal	
CNPJ 22.849.328/0007-05			CPF: 632.842.431-00				
Cadastro 516	Nome do Funcionário		CBO	Empresa	Local	Departamento	FL
	CLENIOMAR RODRIGUES DA SILVA		782510	530	7	002.000.000	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		217,80				
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		
Banco: 341 Itaú S/A - Agência: 1433 Conta: 37176-0			Total		3.919,01		1.283,26
			Total Líquido		2.635,75		
	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				07/2025		Mensal	
CNPJ 22.849.328/0007-05			CPF: 632.842.431-00				
Cadastro 516	Nome do Funcionário		CBO	Empresa	Local	Departamento	FL
	CLENIOMAR RODRIGUES DA SILVA		782510	530	7	002.000.000	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		217,80				
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		
Banco: 341 Itaú S/A - Agência: 1433 Conta: 37176-0			Total		3.919,01		1.283,26
			Total Líquido		2.635,75		
	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: _____				