

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: 958.926.721-15				
Cadastro 546	Nome do Funcionário JOCINEY RODRIGUES DA ROCHA		CBO 782510	Empresa 530	Local 7	Departamento 002.000.000	FL 01
Motorista de Caminhão			Data Admissão:		06/02/2025		
Ev	Descrição	Referência	Proventos		Descontos		
1	Salario Base	30 Dias	2.179,00				
63	Vale Transp.Dinheiro		227,70				
64	Periculosidade	30,00 %	653,70				
474	Adicional Acumulo de Funções	15,00 %	424,91				
820	Desconto Adiantamento - IRRF				871,60		
1445	Plano de Saude/Odontologico						
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00			104,96		
	2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00			209,92		
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	209,92				
1792	Vale Alimentacao (PAT)		353,73				
1912	Premiação		500,00				
1950	INSS	12,00 %			284,31		
Banco: 341 Itau S/A - Agência: 6545 Conta: 52523-7			Total		4.339,04		1.470,79
			Total Líquido		2.868,25		
Salário Base		Sal Cont INSS	Bas Cálc FGTS	FGTS Mês	Base IRRF C/Ded Simp	Faixa	Dep
2.179,00		3.257,61	3.257,61	260,60	2.278,81	0,00	01
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: 958.926.721-15				
Cadastro 546	Nome do Funcionário JOCINEY RODRIGUES DA ROCHA		CBO 782510	Empresa 530	Local 7	Departamento 002.000.000	FL 01
Motorista de Caminhão			Data Admissão:		06/02/2025		
Ev	Descrição	Referência	Proventos		Descontos		
1	Salario Base	30 Dias	2.179,00				
63	Vale Transp.Dinheiro		227,70				
64	Periculosidade	30,00 %	653,70				
474	Adicional Acumulo de Funções	15,00 %	424,91				
820	Desconto Adiantamento - IRRF				871,60		
1445	Plano de Saude/Odontologico						
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00			104,96		
	2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00			209,92		
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	209,92				
1792	Vale Alimentacao (PAT)		353,73				
1912	Premiação		500,00				
1950	INSS	12,00 %			284,31		
Banco: 341 Itau S/A - Agência: 6545 Conta: 52523-7			Total		4.339,04		1.470,79
			Total Líquido		2.868,25		
Salário Base		Sal Cont INSS	Bas Cálc FGTS	FGTS Mês	Base IRRF C/Ded Simp	Faixa	Dep
2.179,00		3.257,61	3.257,61	260,60	2.278,81	0,00	01
Recebi em: ____/____/____			Assinatura: _____				