

0530-A G B LOGISTICA LTDA		Demonstrativo de Pagamento de Salário					
A G B LOGISTICA LTDA Camacari - BA		07/2025		Mensal			
CNPJ 22.849.328/0005-43		CPF: 629.982.855-20					
Cadastro 64	Nome do Funcionário	CBO	Empresa	Local	Departamento	FL	
	CRISTIANO NASCIMENTO SANTOS	782510	530	5	001.000.000	01	
Motorista Carreiro		Data Admissão:		01/02/2016			
Ev	Descrição	Referência	Proventos	Descontos			
1	Salario Base	11 Dias	1.235,16				
35	Horas Extras 50% Diurnas	016:47 hs	510,58				
49	Horas Extras 100% Diurnas	010:67 hs	440,98				
59	DSR S/Horas Extras Diurnas	006:82 hs	140,97				
64	Periculosidade	30,00 %	370,55				
78	Quinquênio	5,00 %	61,76				
250	13o Salário Adiantamento		2.189,60				
388	Diferença de Férias		228,82				
418	Diferença Abono Pecuniário		57,19				
1445	Plano de Saúde/Odontológico						
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	10,00		94,89			
	2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	10,00		379,56			
	3 - Titular/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA	10,00		18,25			
	4 - Dependente/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA	10,00		73,00			
Continua...		Total					
		Total Líquido					
Salário Base	Sal Cont INSS	Bas Cálc FGTS	FGTS Mês	Bas Cálc IRRF	Faixa	Dep	

Recebi em: ___/___/___ Assinatura: _____

0530-A G B LOGISTICA LTDA		Demonstrativo de Pagamento de Salário					
A G B LOGISTICA LTDA Camacari - BA		07/2025		Mensal			
CNPJ 22.849.328/0005-43		CPF: 629.982.855-20					
Cadastro 64	Nome do Funcionário	CBO	Empresa	Local	Departamento	FL	
	CRISTIANO NASCIMENTO SANTOS	782510	530	5	001.000.000	02	
Motorista Carreiro		Data Admissão:		01/02/2016			
Ev	Descrição	Referência	Proventos	Descontos			
1447	Outras Despesas - Plano de Saúde/Odonto						
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00		10,03			
	2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00		97,85			
1724	Mensalidade Plano de Saúde - PARTE EMPRESA						
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00	147,64				
	2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00	590,56				
	3 - Titular/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA	30,00	13,11				
	4 - Dependente/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA	30,00	52,44				
1863	Premiação SASCAR		336,00				
1920	IRRF	7,50 %		21,60			
1950	INSS	14,00 %		418,43			
		Total		5.571,61		757,11	
		Total Líquido		4.814,50			
Salário Base	Sal Cont INSS	Bas Cálc FGTS	FGTS Mês	Bas Cálc IRRF	Faixa	Dep	
3.368,62	7.843,47	10.033,07	802,63	2.716,80	7,50	01	

Recebi em: ___/___/___ Assinatura: _____

0530-A G B LOGISTICA LTDA		Demonstrativo de Pagamento de Salário					
A G B LOGISTICA LTDA Camacari - BA		07/2025		Mensal			
CNPJ 22.849.328/0005-43		CPF: 629.982.855-20					
Cadastro 64	Nome do Funcionário	CBO	Empresa	Local	Departamento	FL	
	CRISTIANO NASCIMENTO SANTOS	782510	530	5	001.000.000	01	
Motorista Carreiro		Data Admissão:		01/02/2016			
Ev	Descrição	Referência	Proventos	Descontos			
1	Salario Base	11 Dias	1.235,16				
35	Horas Extras 50% Diurnas	016:47 hs	510,58				
49	Horas Extras 100% Diurnas	010:67 hs	440,98				
59	DSR S/Horas Extras Diurnas	006:82 hs	140,97				
64	Periculosidade	30,00 %	370,55				
78	Quinquênio	5,00 %	61,76				
250	13o Salário Adiantamento		2.189,60				
388	Diferença de Férias		228,82				
418	Diferença Abono Pecuniário		57,19				
1445	Plano de Saúde/Odontológico						
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	10,00		94,89			
	2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	10,00		379,56			
	3 - Titular/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA	10,00		18,25			
	4 - Dependente/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA	10,00		73,00			
Continua...		Total					
		Total Líquido					
Salário Base	Sal Cont INSS	Bas Cálc FGTS	FGTS Mês	Bas Cálc IRRF	Faixa	Dep	

Recebi em: ____/____/____ Assinatura: _____

0530-A G B LOGISTICA LTDA		Demonstrativo de Pagamento de Salário					
A G B LOGISTICA LTDA Camacari - BA		07/2025		Mensal			
CNPJ 22.849.328/0005-43		CPF: 629.982.855-20					
Cadastro 64	Nome do Funcionário	CBO	Empresa	Local	Departamento	FL	
	CRISTIANO NASCIMENTO SANTOS	782510	530	5	001.000.000	02	
Motorista Carreiro		Data Admissão:		01/02/2016			
Ev	Descrição	Referência	Proventos	Descontos			
1447	Outras Despesas - Plano de Saúde/Odonto						
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00		10,03			
	2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00		97,85			
1724	Mensalidade Plano de Saúde - PARTE EMPRESA						
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00	147,64				
	2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00	590,56				
	3 - Titular/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA	30,00	13,11				
	4 - Dependente/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA	30,00	52,44				
1863	Premiação SASCAR		336,00				
1920	IRRF	7,50 %		21,60			
1950	INSS	14,00 %		418,43			
		Total		5.571,61		757,11	
		Total Líquido		4.814,50			
Salário Base	Sal Cont INSS	Bas Cálc FGTS	FGTS Mês	Bas Cálc IRRF	Faixa	Dep	
3.368,62	7.843,47	10.033,07	802,63	2.716,80	7,50	01	

Recebi em: ____/____/____ Assinatura: _____