

0530-A G B LOGISTICA LTDA		Demonstrativo de Pagamento de Salário				
A G B LOGISTICA LTDA Camacari - BA		08/2025		Mensal		
CNPJ 22.849.328/0005-43		CPF: 629.982.855-20				
Cadastro 64	Nome do Funcionário CRISTIANO NASCIMENTO SANTOS Motorista Carreiro	CBO 782510	Empresa 530	Local 5	Departamento 001.000.000	FL 01
			Data Admissão: 01/02/2016			
Ev	Descrição	Referência	Proventos	Descontos		
1	Salario Base	29 Dias	3.256,33			
18	P.L.R		250,00			
19	Horas Lic.Médica Diurnas	1 Dia	112,29			
35	Horas Extras 50% Diurnas	031:13 hs	965,34			
49	Horas Extras 100% Diurnas	001:78 hs	73,73			
59	DSR S/Horas Extras Diurnas	009:67 hs	199,82			
64	Periculosidade	30,00 %	1.010,59			
78	Quinquênio	5,00 %	168,43			
418	Diferença Abono Pecuniário		57,23			
820	Desconto Adiantamento - IRRF			1.751,68		
1445	Plano de Saude/Odontologico					
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00		94,89		
	2 - Dependente/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA	30,00		73,00		
	3 - Titular/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA	30,00		18,25		
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		08/2025		Mensal		
CNPJ 22.849.328/0005-43		CPF: 629.982.855-20				
Cadastro 64	Nome do Funcionário CRISTIANO NASCIMENTO SANTOS Motorista Carreiro	CBO 782510	Empresa 530	Local 5	Departamento 001.000.000	FL 02
			Data Admissão: 01/02/2016			
Ev	Descrição	Referência	Proventos	Descontos		
1447	4 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00		379,56		
	Outras Despesas - Plano de Saude/Odonto					
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00		27,71		
	2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00		190,17		
1724	Mensalidade Plano de Saúde - PARTE EMPRESA					
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00	147,64			
	2 - Dependente/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA	30,00	52,44			
	3 - Titular/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA	30,00	13,11			
	4 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00	590,56			
1920	IRRF	15,00 %		89,68		
1950	INSS	14,00 %		619,69		
		Total		6.093,76		3.244,63
		Total Líquido		2.849,13		
Salário Base	Sal Cont INSS	Bas Cálc FGTS	FGTS Mês	Bas Cálc IRRF	Faixa	Dep
3.368,62	5.786,53	5.786,53	462,92	3.225,57	15,00	01

Recebi em: ___/___/___ Assinatura: _____

0530-A G B LOGISTICA LTDA		Demonstrativo de Pagamento de Salário					
A G B LOGISTICA LTDA Camacari - BA		08/2025		Mensal			
CNPJ 22.849.328/0005-43		CPF: 629.982.855-20					
Cadastro 64	Nome do Funcionário CRISTIANO NASCIMENTO SANTOS Motorista Carreiro	CBO 782510	Empresa 530	Local 5	Departamento 001.000.000	FL 01	
			Data Admissão:		01/02/2016		
Ev	Descrição	Referência	Proventos		Descontos		
1	Salario Base	29 Dias	3.256,33				
18	P.L.R		250,00				
19	Horas Lic.Médica Diurnas	1 Dia	112,29				
35	Horas Extras 50% Diurnas	031:13 hs	965,34				
49	Horas Extras 100% Diurnas	001:78 hs	73,73				
59	DSR S/Horas Extras Diurnas	009:67 hs	199,82				
64	Periculosidade	30,00 %	1.010,59				
78	Quinquênio	5,00 %	168,43				
418	Diferença Abono Pecuniário		57,23				
820	Desconto Adiantamento - IRRF				1.751,68		
1445	Plano de Saude/Odontologico						
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00			94,89		
	2 - Dependente/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA	30,00			73,00		
	3 - Titular/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA	30,00			18,25		
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		08/2025		Mensal			
CNPJ 22.849.328/0005-43		CPF: 629.982.855-20					
Cadastro 64	Nome do Funcionário CRISTIANO NASCIMENTO SANTOS Motorista Carreiro	CBO 782510	Empresa 530	Local 5	Departamento 001.000.000	FL 02	
			Data Admissão:		01/02/2016		
Ev	Descrição	Referência	Proventos		Descontos		
1447	4 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00			379,56		
	Outras Despesas - Plano de Saude/Odonto						
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00			27,71		
	2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00			190,17		
1724	Mensalidade Plano de Saúde - PARTE EMPRESA						
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00	147,64				
	2 - Dependente/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA	30,00	52,44				
	3 - Titular/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA	30,00	13,11				
	4 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00	590,56				
1920	IRRF	15,00 %			89,68		
1950	INSS	14,00 %			619,69		
		Total		6.093,76		3.244,63	
		Total Líquido		2.849,13			
Salário Base	Sal Cont INSS	Bas Cálc FGTS	FGTS Mês	Bas Cálc IRRF	Faixa	Dep	
3.368,62	5.786,53	5.786,53	462,92	3.225,57	15,00	01	

Recebi em: ____/____/____ Assinatura: _____