

0530-A G B LOGISTICA LTDA			Demonstrativo de Pagamento de Salário					
A G B LOGISTICA LTDA Camacari - BA			07/2026		Mensal			
CNPJ 22.849.328/0005-43		CPF: 340.954.738-00						
Cadastro 74	Nome do Funcionário		CBO	Empresa	Local	Departamento	FL	
	JOSIANE OLIVEIRA MENDES		782510	530	5	001.000.000	01	
	Motorista Carreteiro		Data Admissão:		01/02/2016			
Ev	Descrição		Referência		Proventos		Descontos	
1	Salario Base		30 Dias		3.537,05			
35	Horas Extras 50% Diurnas		024:42 hs		805,28			
49	Horas Extras 100% Diurnas		012:63 hs		555,54			
59	DSR S/Horas Extras Diurnas		009:17 hs		201,60			
64	Periculosidade		30,00 %		1.061,12			
78	Quinquênio		5,00 %		176,85			
820	Desconto Adiantamento - IRRF						1.839,27	
1391	Dsr sobre Adic.Noturno		002:20 hs		8,02			
1445	Plano de Saude/Odontologico							
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA		30,00				171,79	
	2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA		30,00				103,25	
1447	Outras Despesas - Plano de Saude/Odonto							
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA		30,00				142,11	
	2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA		30,00				190,41	
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				07/2026		Mensal		
CNPJ		22.849.328/0005-43		CPF: 340.954.738-00				
Cadastro 74	Nome do Funcionário			CBO	Empresa	Local	Departamento	FL
	JOSIANE OLIVEIRA MENDES			782510	530	5	001.000.000	02
	Motorista Carreteiro			Data Admissão:		01/02/2016		
Ev	Descrição			Referência	Proventos		Descontos	
1724	Mensalidade Plano de Saúde - PARTE EMPRESA							
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA			30,00	180,14			
	2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA			30,00	160,14			
1861	Prêmio por desempenho				847,55			
1863	Premiação SASCAR				67,20			
1920	IRRF			27,50 %			155,47	
1950	INSS			14,00 %			697,44	
2096	ADICIONAL NOTURNO (V)			012:47 hs	54,12			
4004	Empréstimo Crédito do Trabalhador						526,98	
	Contrato: 3274039084 IF: 341			3/12			526,98	
4008	Devol./Desc Emprestimo Credito Trabalhador-Adto				210,79			
				Total	7.525,12		3.826,72	
				Total Líquido			3.698,40	
Salário Base		Sal Cont INSS	Bas Cálc FGTS	FGTS Mês	Bas Cálc IRRF		Faixa	Dep
3.537,05		6.399,58	6.399,58	511,96	4.777,62		27,50	00
Recebi em: ____/____/____ Assinatura: _____								

0530-A G B LOGISTICA LTDA			Demonstrativo de Pagamento de Salário					
A G B LOGISTICA LTDA Camacari - BA			07/2026		Mensal			
CNPJ 22.849.328/0005-43		CPF: 340.954.738-00						
Cadastro 74	Nome do Funcionário		CBO	Empresa	Local	Departamento	FL	
	JOSIANE OLIVEIRA MENDES		782510	530	5	001.000.000	01	
	Motorista Carreteiro		Data Admissão:		01/02/2016			
Ev	Descrição		Referência		Proventos		Descontos	
1	Salario Base		30 Dias		3.537,05			
35	Horas Extras 50% Diurnas		024:42 hs		805,28			
49	Horas Extras 100% Diurnas		012:63 hs		555,54			
59	DSR S/Horas Extras Diurnas		009:17 hs		201,60			
64	Periculosidade		30,00 %		1.061,12			
78	Quinquênio		5,00 %		176,85			
820	Desconto Adiantamento - IRRF						1.839,27	
1391	Dsr sobre Adic.Noturno		002:20 hs		8,02			
1445	Plano de Saude/Odontologico							
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA		30,00				171,79	
	2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA		30,00				103,25	
1447	Outras Despesas - Plano de Saude/Odonto							
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA		30,00				142,11	
	2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA		30,00				190,41	
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				07/2026		Mensal	
CNPJ		22.849.328/0005-43		CPF: 340.954.738-00			
Cadastro 74	Nome do Funcionário		CBO	Empresa	Local	Departamento	FL
	JOSIANE OLIVEIRA MENDES		782510	530	5	001.000.000	02
Motorista Carreteiro		Data Admissão:		01/02/2016			
Ev	Descrição		Referência	Proventos		Descontos	
1724	Mensalidade Plano de Saúde - PARTE EMPRESA						
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA		30,00	180,14			
	2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA		30,00	160,14			
1861	Prêmio por desempenho			847,55			
1863	Premiação SASCAR			67,20			
1920	IRRF		27,50 %			155,47	
1950	INSS		14,00 %			697,44	
2096	ADICIONAL NOTURNO (V)		012:47 hs	54,12			
4004	Empréstimo Crédito do Trabalhador					526,98	
	Contrato: 3274039084 IF: 341		3/12			526,98	
4008	Devol./Desc Emprestimo Credito Trabalhador-Adto			210,79			
			Total	7.525,12		3.826,72	
			Total Líquido			3.698,40	
Salário Base		Sal Cont INSS	Bas Cálc FGTS	FGTS Mês	Bas Cálc IRRF	Faixa	Dep
3.537,05		6.399,58	6.399,58	511,96	4.777,62	27,50	00
Recebi em: ____/____/____ Assinatura: _____							