

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: 340.954.738-00					
Cadastro	Nome do Funcionário	CBO	Empresa	Local	Departamento	FL	
74	JOSIANE OLIVEIRA MENDES	782510	530	5	001.000.000	01	
Motorista Carreiro		Data Admissão:		01/02/2016			
Ev	Descrição	Referência	Proventos	Descontos			
1	Salario Base	26 Dias	2.919,47				
18	P.L.R		250,00				
35	Horas Extras 50% Diurnas	032:20 hs	998,41				
49	Horas Extras 100% Diurnas	008:45 hs	349,34				
59	DSR S/Horas Extras Diurnas	012:53 hs	259,18				
64	Periculosidade	30,00 %	875,84				
78	Quinquênio	5,00 %	145,97				
388	Diferença de Férias		57,35				
820	Desconto Adiantamento - IRRF			1.518,12			
1445	Plano de Saude/Odontologico						
	1 - Titular/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA	30,00		64,28			
	2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00		94,89			
	3 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00		94,89			
1447	Outras Despesas - Plano de Saude/Odonto						
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: 340.954.738-00					
Cadastro	Nome do Funcionário	CBO	Empresa	Local	Departamento	FL	
74	JOSIANE OLIVEIRA MENDES	782510	530	5	001.000.000	02	
Motorista Carreiro		Data Admissão:		01/02/2016			
Ev	Descrição	Referência	Proventos	Descontos			
1724	1 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00		140,19			
	Mensalidade Plano de Saúde - PARTE EMPRESA						
	1 - Titular/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA	30,00	13,11				
	2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00	147,64				
	3 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00	147,64				
1861	Prêmio por desempenho		667,53				
1863	Premiação SASCAR		65,03				
1920	IRRF	22,50 %		268,14			
1950	INSS	14,00 %		626,10			
		Total		6.588,12		2.806,61	
		Total Líquido		3.781,51			
Salário Base	Sal Cont INSS	Bas Cálc FGTS	FGTS Mês	Bas Cálc IRRF	Faixa	Dep	
3.368,62	6.856,93	6.856,93	548,54	4.193,90	22,50	00	

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: 340.954.738-00					
Cadastro	Nome do Funcionário	CBO	Empresa	Local	Departamento	FL	
74	JOSIANE OLIVEIRA MENDES	782510	530	5	001.000.000	01	
Motorista Carreiro		Data Admissão:		01/02/2016			
Ev	Descrição	Referência	Proventos	Descontos			
1	Salario Base	26 Dias	2.919,47				
18	P.L.R		250,00				
35	Horas Extras 50% Diurnas	032:20 hs	998,41				
49	Horas Extras 100% Diurnas	008:45 hs	349,34				
59	DSR S/Horas Extras Diurnas	012:53 hs	259,18				
64	Periculosidade	30,00 %	875,84				
78	Quinquênio	5,00 %	145,97				
388	Diferença de Férias		57,35				
820	Desconto Adiantamento - IRRF			1.518,12			
1445	Plano de Saude/Odontologico						
	1 - Titular/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA	30,00		64,28			
	2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00		94,89			
	3 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00		94,89			
1447	Outras Despesas - Plano de Saude/Odonto						
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: 340.954.738-00					
Cadastro	Nome do Funcionário	CBO	Empresa	Local	Departamento	FL	
74	JOSIANE OLIVEIRA MENDES	782510	530	5	001.000.000	02	
Motorista Carreiro		Data Admissão:		01/02/2016			
Ev	Descrição	Referência	Proventos	Descontos			
1724	1 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00		140,19			
	Mensalidade Plano de Saúde - PARTE EMPRESA						
	1 - Titular/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA	30,00	13,11				
	2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00	147,64				
	3 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00	147,64				
1861	Prêmio por desempenho		667,53				
1863	Premiação SASCAR		65,03				
1920	IRRF	22,50 %		268,14			
1950	INSS	14,00 %		626,10			
		Total		6.588,12		2.806,61	
		Total Líquido		3.781,51			
Salário Base	Sal Cont INSS	Bas Cálc FGTS	FGTS Mês	Bas Cálc IRRF	Faixa	Dep	
3.368,62	6.856,93	6.856,93	548,54	4.193,90	22,50	00	

Recebi em: ____/____/____ Assinatura: _____