

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: 286.326.215-72					
Cadastro	Nome do Funcionário	CBO	Empresa	Local	Departamento	FL	
81	ROBERVAL DOS SANTOS MATOS	782510	530	5	001.000.000	01	
Motorista Carreiro		Data Admissão:		01/02/2016			
Ev	Descrição	Referência	Proventos	Descontos			
1	Salario Base	30 Dias	3.368,62				
18	P.L.R		250,00				
35	Horas Extras 50% Diurnas	029:83 hs	1.067,22				
49	Horas Extras 100% Diurnas	003:47 hs	165,35				
59	DSR S/Horas Extras Diurnas	009:93 hs	237,03				
64	Periculosidade	30,00 %	1.010,59				
78	Quinquênio	5,00 %	168,43				
820	Desconto Adiantamento - IRRF			1.751,68			
1391	Dsr sobre Adic.Noturno	032:72 hs	112,75				
1445	Plano de Saude/Odontologico						
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00		94,89			
	2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00		284,67			
	3 - Titular/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA	30,00		41,27			
	4 - Dependente/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA	30,00		41,27			
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: 286.326.215-72					
Cadastro	Nome do Funcionário	CBO	Empresa	Local	Departamento	FL	
81	ROBERVAL DOS SANTOS MATOS	782510	530	5	001.000.000	02	
Motorista Carreiro		Data Admissão:		01/02/2016			
Ev	Descrição	Referência	Proventos	Descontos			
1447	Outras Despesas - Plano de Saude/Odonto						
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00		55,42			
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	442,92				
	3 - Titular/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA	30,00	13,11				
	4 - Dependente/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA	30,00	13,11				
1861	Prêmio por desempenho		674,32				
1920	IRRF	27,50 %		435,76			
1950	INSS	14,00 %		749,86			
2096	ADICIONAL NOTURNO (V)	141:82 hs	586,30				
		Total		7.640,61		3.454,82	
		Total Líquido		4.185,79			
Salário Base	Sal Cont INSS	Bas Cálc FGTS	FGTS Mês	Bas Cálc IRRF	Faixa	Dep	
3.368,62	6.716,29	6.716,29	537,30	4.889,07	27,50	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: 286.326.215-72					
Cadastro	Nome do Funcionário	CBO	Empresa	Local	Departamento	FL	
81	ROBERVAL DOS SANTOS MATOS	782510	530	5	001.000.000	01	
Motorista Carreiro		Data Admissão:		01/02/2016			
Ev	Descrição	Referência	Proventos		Descontos		
1	Salario Base	30 Dias	3.368,62				
18	P.L.R		250,00				
35	Horas Extras 50% Diurnas	029:83 hs	1.067,22				
49	Horas Extras 100% Diurnas	003:47 hs	165,35				
59	DSR S/Horas Extras Diurnas	009:93 hs	237,03				
64	Periculosidade	30,00 %	1.010,59				
78	Quinquênio	5,00 %	168,43				
820	Desconto Adiantamento - IRRF				1.751,68		
1391	Dsr sobre Adic.Noturno	032:72 hs	112,75				
1445	Plano de Saude/Odontologico						
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00			94,89		
	2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00			284,67		
	3 - Titular/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA	30,00			41,27		
	4 - Dependente/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA	30,00			41,27		
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: 286.326.215-72					
Cadastro	Nome do Funcionário	CBO	Empresa	Local	Departamento	FL	
81	ROBERVAL DOS SANTOS MATOS	782510	530	5	001.000.000	02	
Motorista Carreiro		Data Admissão:		01/02/2016			
Ev	Descrição	Referência	Proventos		Descontos		
1447	Outras Despesas - Plano de Saude/Odonto						
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00			55,42		
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	442,92				
	3 - Titular/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA	30,00	13,11				
	4 - Dependente/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA	30,00	13,11				
1861	Prêmio por desempenho		674,32				
1920	IRRF	27,50 %			435,76		
1950	INSS	14,00 %			749,86		
2096	ADICIONAL NOTURNO (V)	141:82 hs	586,30				
		Total		7.640,61		3.454,82	
		Total Líquido		4.185,79			
Salário Base	Sal Cont INSS	Bas Cálc FGTS	FGTS Mês	Bas Cálc IRRF	Faixa	Dep	
3.368,62	6.716,29	6.716,29	537,30	4.889,07	27,50	00	

Recebi em: ____/____/____ Assinatura: _____