

0530-A G B LOGISTICA LTDA		Demonstrativo de Pagamento de Salário					
A G B LOGISTICA LTDA Camacari - BA		11/2025		Mensal			
CNPJ 22.849.328/0005-43		CPF: 286.326.215-72					
Cadastro 81	Nome do Funcionário ROBERVAL DOS SANTOS MATOS	CBO 782510	Empresa 530	Local 5	Departamento 001.000.000	FL 01	
Motorista Carreiro		Data Admissão:		01/02/2016			
Ev	Descrição	Referência	Proventos	Descontos			
1	Salario Base	10 Dias	1.122,87				
64	Periculosidade	30,00 %	336,86				
78	Quinquênio	5,00 %	56,14				
1445	Plano de Saude/Odontologico						
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00		114,47			
	2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00		304,25			
1447	Outras Despesas - Plano de Saude/Odonto						
	1 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00		159,23			
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				
1861	Prêmio por desempenho		667,00				
1863	Premiação SASCAR		227,61				
1950	INSS	14,00 %		244,00			
Total			2.410,48	821,95			
Total Líquido				1.588,53			
	Salário Base	Sal Cont INSS	Bas Cálculo FGTS	FGTS Mês	Base IRRF C/Ded Simp	Faixa Dep	
	3.368,62	7.634,53	7.634,53	610,75	1.803,28	0,00 00	
Recebi em: ____/____/____		Assinatura: _____					

0530-A G B LOGISTICA LTDA		Demonstrativo de Pagamento de Salário					
A G B LOGISTICA LTDA Camacari - BA		11/2025		Mensal			
CNPJ 22.849.328/0005-43		CPF: 286.326.215-72					
Cadastro 81	Nome do Funcionário ROBERVAL DOS SANTOS MATOS	CBO 782510	Empresa 530	Local 5	Departamento 001.000.000	FL 01	
Motorista Carreiro		Data Admissão:		01/02/2016			
Ev	Descrição	Referência	Proventos	Descontos			
1	Salario Base	10 Dias	1.122,87				
64	Periculosidade	30,00 %	336,86				
78	Quinquênio	5,00 %	56,14				
1445	Plano de Saude/Odontologico						
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00		114,47			
	2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00		304,25			
1447	Outras Despesas - Plano de Saude/Odonto						
	1 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00		159,23			
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				
1861	Prêmio por desempenho		667,00				
1863	Premiação SASCAR		227,61				
1950	INSS	14,00 %		244,00			
Total			2.410,48	821,95			
Total Líquido				1.588,53			
	Salário Base	Sal Cont INSS	Bas Cálculo FGTS	FGTS Mês	Base IRRF C/Ded Simp	Faixa Dep	
	3.368,62	7.634,53	7.634,53	610,75	1.803,28	0,00 00	
Recebi em: ____/____/____		Assinatura: _____					