

0530-A G B LOGISTICA LTDA		Demonstrativo de Pagamento de Salário					
A G B LOGISTICA LTDA Camacari - BA		05/2025		Mensal			
CNPJ 22.849.328/0005-43		CPF: 566.860.805-00					
Cadastro 84	Nome do Funcionário	CBO	Empresa	Local	Departamento	FL	
	EVANGEVALDO NASCIMENTO SANTANA	782510	530	5	001.000.000	01	
Motorista Carreiro		Data Admissão:		01/02/2016			
Ev	Descrição	Referência	Proventos	Descontos			
161	Estouro do Mês Anterior			19.929,83			
163	Estouro do Mês		20.664,23				
200	Horas Auxílio Doença Diurnas	30 Dias	3.177,94				
204	Periculosidade Auxílio Doença	30,00 %	953,38				
210	Med.Hrs.Ext.Auxílio Doença Diurna	046:42 hs	1.506,00				
214	Med.Eve.Var.Auxílio Doença	220:00 hs	195,58				
224	Quinquênio Auxílio Doença	5,00 %	158,90				
1445	Plano de Saúde/Odontológico						
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00		88,69			
	2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00		177,38			
	3 - Titular/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA	30,00		2,84			
	4 - Dependente/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA	30,00		5,68			
1447	Outras Despesas - Plano de Saúde/Odonto						
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00		362,41			
Continua...		Total					
		Total Líquido					
Salário Base	Sal Cont INSS	Bas Cálc FGTS	FGTS Mês	Base IRRF C/Ded Simp	Faixa	Dep	

Recebi em: ____/____/____ Assinatura: _____

0530-A G B LOGISTICA LTDA		Demonstrativo de Pagamento de Salário					
A G B LOGISTICA LTDA Camacari - BA		05/2025		Mensal			
CNPJ 22.849.328/0005-43		CPF: 566.860.805-00					
Cadastro 84	Nome do Funcionário	CBO	Empresa	Local	Departamento	FL	
	EVANGEVALDO NASCIMENTO SANTANA	782510	530	5	001.000.000	02	
Motorista Carreiro		Data Admissão:		01/02/2016			
Ev	Descrição	Referência	Proventos	Descontos			
1724	2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00		97,40			
	Mensalidade Plano de Saúde - PARTE EMPRESA						
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00	124,43				
	2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00	248,86				
	3 - Titular/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA	30,00	13,97				
	4 - Dependente/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA	30,00	27,94				
		Total		20.664,23			
		Total Líquido		0,00			
Salário Base	Sal Cont INSS	Bas Cálc FGTS	FGTS Mês	Bas Cálc IRRF	Faixa	Dep	
3.177,94	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	01	

Recebi em: ____/____/____ Assinatura: _____

0530-A G B LOGISTICA LTDA		Demonstrativo de Pagamento de Salário					
A G B LOGISTICA LTDA Camacari - BA		05/2025		Mensal			
CNPJ 22.849.328/0005-43		CPF: 566.860.805-00					
Cadastro 84	Nome do Funcionário	CBO	Empresa	Local	Departamento	FL	
	EVANGEVALDO NASCIMENTO SANTANA	782510	530	5	001.000.000	01	
Motorista Carreiro		Data Admissão:		01/02/2016			
Ev	Descrição	Referência	Proventos	Descontos			
161	Estouro do Mês Anterior			19.929,83			
163	Estouro do Mês		20.664,23				
200	Horas Auxílio Doença Diurnas	30 Dias	3.177,94				
204	Periculosidade Auxílio Doença	30,00 %	953,38				
210	Med.Hrs.Ext.Auxílio Doença Diurna	046:42 hs	1.506,00				
214	Med.Eve.Var.Auxílio Doença	220:00 hs	195,58				
224	Quinquênio Auxílio Doença	5,00 %	158,90				
1445	Plano de Saúde/Odontológico						
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00		88,69			
	2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00		177,38			
	3 - Titular/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA	30,00		2,84			
	4 - Dependente/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA	30,00		5,68			
1447	Outras Despesas - Plano de Saúde/Odonto						
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00		362,41			
Continua...		Total					
		Total Líquido					
Salário Base	Sal Cont INSS	Bas Cálc FGTS	FGTS Mês	Base IRRF C/Ded Simp	Faixa	Dep	

Recebi em: ___/___/___ Assinatura: _____

0530-A G B LOGISTICA LTDA		Demonstrativo de Pagamento de Salário					
A G B LOGISTICA LTDA Camacari - BA		05/2025		Mensal			
CNPJ 22.849.328/0005-43		CPF: 566.860.805-00					
Cadastro 84	Nome do Funcionário	CBO	Empresa	Local	Departamento	FL	
	EVANGEVALDO NASCIMENTO SANTANA	782510	530	5	001.000.000	02	
Motorista Carreiro		Data Admissão:		01/02/2016			
Ev	Descrição	Referência	Proventos	Descontos			
1724	2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00		97,40			
	Mensalidade Plano de Saúde - PARTE EMPRESA						
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00	124,43				
	2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00	248,86				
	3 - Titular/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA	30,00	13,97				
	4 - Dependente/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA	30,00	27,94				
		Total		20.664,23			
		Total Líquido		0,00			
Salário Base	Sal Cont INSS	Bas Cálc FGTS	FGTS Mês	Bas Cálc IRRF	Faixa	Dep	
3.177,94	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	01	

Recebi em: ___/___/___ Assinatura: _____