

0530-A G B LOGISTICA LTDA		Demonstrativo de Pagamento de Salário					
A G B LOGISTICA LTDA Camacari - BA		07/2025		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			
1	Salario Base	22 Dias	2.470,32				
64	Periculosidade	30,00 %	741,10				
78	Quinquênio	5,00 %	123,52				
200	Horas Auxílio Doença Diurnas	8 Dias	898,30				
204	Periculosidade Auxílio Doença	30,00 %	269,49				
210	Med.Hrs.Ext.Auxílio Doença Diurna	012:38 hs	412,51				
214	Med.Eve.Var.Auxílio Doença	058:67 hs	52,15				
224	Quinquênio Auxílio Doença	5,00 %	44,91				
1445	Plano de Saúde/Odontológico						
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00		94,89			
	2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00		189,78			
	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						
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		07/2025		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	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00		374,50			
	Mensalidade Plano de Saúde - PARTE EMPRESA						
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00	147,64				
	2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00	295,28				
	3 - Titular/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA	30,00	13,97				
	4 - Dependente/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA	30,00	27,94				
1920	IRRF	7,50 %		22,42			
1950	INSS	12,00 %		293,59			
		Total		3.334,94			
		Total Líquido		2.351,24			
Salário Base	Sal Cont INSS	Bas Cálc FGTS	FGTS Mês	Bas Cálc IRRF	Faixa	Dep	
3.368,62	3.334,94	3.334,94	266,79	2.727,74	7,50	01	

Recebi em: ____/____/____ Assinatura: _____

0530-A G B LOGISTICA LTDA		Demonstrativo de Pagamento de Salário					
A G B LOGISTICA LTDA Camacari - BA		07/2025		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			
1	Salario Base	22 Dias	2.470,32				
64	Periculosidade	30,00 %	741,10				
78	Quinquênio	5,00 %	123,52				
200	Horas Auxílio Doença Diurnas	8 Dias	898,30				
204	Periculosidade Auxílio Doença	30,00 %	269,49				
210	Med.Hrs.Ext.Auxílio Doença Diurna	012:38 hs	412,51				
214	Med.Eve.Var.Auxílio Doença	058:67 hs	52,15				
224	Quinquênio Auxílio Doença	5,00 %	44,91				
1445	Plano de Saúde/Odontológico						
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00		94,89			
	2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00		189,78			
	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						
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		07/2025		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	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00		374,50			
	Mensalidade Plano de Saúde - PARTE EMPRESA						
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00	147,64				
	2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00	295,28				
	3 - Titular/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA	30,00	13,97				
	4 - Dependente/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA	30,00	27,94				
1920	IRRF	7,50 %		22,42			
1950	INSS	12,00 %		293,59			
		Total		3.334,94			
		Total Líquido		2.351,24			
Salário Base	Sal Cont INSS	Bas Cálc FGTS	FGTS Mês	Bas Cálc IRRF	Faixa	Dep	
3.368,62	3.334,94	3.334,94	266,79	2.727,74	7,50	01	

Recebi em: ____/____/____ Assinatura: _____