

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: 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	30 Dias	3.368,62				
18	P.L.R		250,00				
35	Horas Extras 50% Diurnas	034:70 hs	1.110,27				
49	Horas Extras 100% Diurnas	003:70 hs	157,85				
59	DSR S/Horas Extras Diurnas	011:42 hs	243,87				
64	Periculosidade	30,00 %	1.010,59				
78	Quinquênio	5,00 %	168,43				
343	Vales			1.000,00			
820	Desconto Adiantamento - IRRF			1.751,68			
1391	Dsr sobre Adic.Noturno	006:78 hs	23,41				
1445	Plano de Saude/Odontologico						
	1 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00		189,78			
	2 - Titular/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA	30,00		2,84			
	3 - Dependente/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA	30,00		5,68			
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: 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			
1447	4 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00		94,89			
	Outras Despesas - Plano de Saude/Odonto						
1724	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00		211,91			
	Mensalidade Plano de Saúde - PARTE EMPRESA						
	1 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00	295,28				
	2 - Titular/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA	30,00	13,97				
	3 - Dependente/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA	30,00	27,94				
	4 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00	147,64				
1920	IRRF	15,00 %		143,63			
1950	INSS	14,00 %		678,25			
2096	ADICIONAL NOTURNO (V)	029:45 hs	121,75				
		Total		6.454,79		4.078,66	
		Total Líquido		2.376,13			
Salário Base	Sal Cont INSS	Bas Cálc FGTS	FGTS Mês	Bas Cálc IRRF	Faixa	Dep	
3.368,62	6.204,79	6.204,79	496,38	3.585,27	15,00	01	

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: 566.860.805-00					
Cadastro	Nome do Funcionário	CBO	Empresa	Local	Departamento	FL	
84	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	30 Dias	3.368,62				
18	P.L.R		250,00				
35	Horas Extras 50% Diurnas	034:70 hs	1.110,27				
49	Horas Extras 100% Diurnas	003:70 hs	157,85				
59	DSR S/Horas Extras Diurnas	011:42 hs	243,87				
64	Periculosidade	30,00 %	1.010,59				
78	Quinquênio	5,00 %	168,43				
343	Vales			1.000,00			
820	Desconto Adiantamento - IRRF			1.751,68			
1391	Dsr sobre Adic.Noturno	006:78 hs	23,41				
1445	Plano de Saude/Odontologico						
	1 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00		189,78			
	2 - Titular/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA	30,00		2,84			
	3 - Dependente/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA	30,00		5,68			
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: 566.860.805-00					
Cadastro	Nome do Funcionário	CBO	Empresa	Local	Departamento	FL	
84	EVANGEVALDO NASCIMENTO SANTANA	782510	530	5	001.000.000	02	
Motorista Carreiro		Data Admissão:		01/02/2016			
Ev	Descrição	Referência	Proventos	Descontos			
1447	4 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00		94,89			
	Outras Despesas - Plano de Saude/Odonto						
1724	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00		211,91			
	Mensalidade Plano de Saúde - PARTE EMPRESA						
	1 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00	295,28				
	2 - Titular/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA	30,00	13,97				
	3 - Dependente/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA	30,00	27,94				
	4 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00	147,64				
1920	IRRF	15,00 %		143,63			
1950	INSS	14,00 %		678,25			
2096	ADICIONAL NOTURNO (V)	029:45 hs	121,75				
		Total		6.454,79		4.078,66	
		Total Líquido		2.376,13			
Salário Base	Sal Cont INSS	Bas Cálc FGTS	FGTS Mês	Bas Cálc IRRF	Faixa	Dep	
3.368,62	6.204,79	6.204,79	496,38	3.585,27	15,00	01	

Recebi em: ___/___/___ Assinatura: _____