

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: 465.075.745-20				
Cadastro 114	Nome do Funcionário ANTONIO LOPES DA CRUZ	CBO 782510	Empresa 530	Local 5	Departamento 001.000.000	FL 01
Motorista Carreiro Monitor		Data Admissão:		01/02/2016		
Ev	Descrição	Referência	Proventos	Descontos		
1	Salario Base	30 Dias	3.704,56			
18	P.L.R		250,00			
35	Horas Extras 50% Diurnas	051:58 hs	1.758,93			
59	DSR S/Horas Extras Diurnas	014:87 hs	338,26			
64	Periculosidade	30,00 %	1.111,37			
78	Quinquênio	5,00 %	185,23			
820	Desconto Adiantamento - IRRF			1.926,37		
1445	Plano de Saude/Odontologico					
	1 - Titular/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA	30,00		2,84		
	2 - Dependente/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA	30,00		8,52		
	3 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00		284,67		
	4 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00		94,89		
1447	Outras Despesas - Plano de Saude/Odonto					
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00		45,65		
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: 465.075.745-20				
Cadastro 114	Nome do Funcionário ANTONIO LOPES DA CRUZ	CBO 782510	Empresa 530	Local 5	Departamento 001.000.000	FL 02
Motorista Carreiro Monitor		Data Admissão:		01/02/2016		
Ev	Descrição	Referência	Proventos	Descontos		
1724	Mensalidade Plano de Saúde - PARTE EMPRESA					
	1 - Titular/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA	30,00	13,97			
	2 - Dependente/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA	30,00	41,91			
	3 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00	442,92			
	4 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00	147,64			
1861	Prêmio por desempenho		691,84			
1863	Premiação SASCAR		440,34			
1920	IRRF	27,50 %		603,99		
1950	INSS	14,00 %		803,35		
		Total		8.480,53		3.770,28
		Total Líquido		4.710,25		
Salário Base	Sal Cont INSS	Bas Cálc FGTS	FGTS Mês	Bas Cálc IRRF	Faixa	Dep
3.704,56	7.098,35	7.098,35	567,86	5.500,81	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: 465.075.745-20					
Cadastro 114	Nome do Funcionário ANTONIO LOPES DA CRUZ	CBO 782510	Empresa 530	Local 5	Departamento 001.000.000	FL 01	
Motorista Carreiro Monitor		Data Admissão:			01/02/2016		
Ev	Descrição	Referência	Proventos		Descontos		
1	Salario Base	30 Dias	3.704,56				
18	P.L.R		250,00				
35	Horas Extras 50% Diurnas	051:58 hs	1.758,93				
59	DSR S/Horas Extras Diurnas	014:87 hs	338,26				
64	Periculosidade	30,00 %	1.111,37				
78	Quinquênio	5,00 %	185,23				
820	Desconto Adiantamento - IRRF				1.926,37		
1445	Plano de Saude/Odontologico						
	1 - Titular/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA	30,00			2,84		
	2 - Dependente/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA	30,00			8,52		
	3 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00			284,67		
	4 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00			94,89		
1447	Outras Despesas - Plano de Saude/Odonto						
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00			45,65		
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: 465.075.745-20					
Cadastro 114	Nome do Funcionário ANTONIO LOPES DA CRUZ	CBO 782510	Empresa 530	Local 5	Departamento 001.000.000	FL 02	
Motorista Carreiro Monitor		Data Admissão:			01/02/2016		
Ev	Descrição	Referência	Proventos		Descontos		
1724	Mensalidade Plano de Saúde - PARTE EMPRESA						
	1 - Titular/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA	30,00	13,97				
	2 - Dependente/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA	30,00	41,91				
	3 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00	442,92				
	4 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00	147,64				
1861	Prêmio por desempenho		691,84				
1863	Premiação SASCAR		440,34				
1920	IRRF	27,50 %			603,99		
1950	INSS	14,00 %			803,35		
		Total		8.480,53		3.770,28	
		Total Líquido		4.710,25			
Salário Base	Sal Cont INSS	Bas Cálc FGTS	FGTS Mês	Bas Cálc IRRF	Faixa	Dep	
3.704,56	7.098,35	7.098,35	567,86	5.500,81	27,50	00	

Recebi em: ___/___/___ Assinatura: _____