

0530-A G B LOGISTICA LTDA		Demonstrativo de Pagamento de Salário					
A G B LOGISTICA LTDA Camacari - BA		12/2025		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	8 Dias	987,88				
35	Horas Extras 50% Diurnas	003:22 hs	109,68				
59	DSR S/Horas Extras Diurnas	000:92 hs	21,09				
64	Periculosidade	30,00 %	296,36				
78	Quinquênio	5,00 %	49,39				
1445	Plano de Saude/Odontologico						
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00		114,47			
	2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00		343,41			
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		667,33				
1950	INSS	14,00 %		222,04			
Total			2.131,73	679,92			
Total Líquido			1.451,81				
Salário Base	Sal Cont INSS	Bas Cálc FGTS	FGTS Mês	Base IRRF C/Ded Simp	Faixa	Dep	
3.704,56	8.157,41	8.793,06	703,44	1.524,53	0,00	00	
Recebi em: ____/____/____		Assinatura: _____					

0530-A G B LOGISTICA LTDA		Demonstrativo de Pagamento de Salário					
A G B LOGISTICA LTDA Camacari - BA		12/2025		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	8 Dias	987,88				
35	Horas Extras 50% Diurnas	003:22 hs	109,68				
59	DSR S/Horas Extras Diurnas	000:92 hs	21,09				
64	Periculosidade	30,00 %	296,36				
78	Quinquênio	5,00 %	49,39				
1445	Plano de Saude/Odontologico						
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00		114,47			
	2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00		343,41			
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		667,33				
1950	INSS	14,00 %		222,04			
Total			2.131,73	679,92			
Total Líquido			1.451,81				
Salário Base	Sal Cont INSS	Bas Cálc FGTS	FGTS Mês	Base IRRF C/Ded Simp	Faixa	Dep	
3.704,56	8.157,41	8.793,06	703,44	1.524,53	0,00	00	
Recebi em: ____/____/____		Assinatura: _____					