

0530-A G B LOGISTICA LTDA		Demonstrativo de Pagamento de Salário					
A G B LOGISTICA LTDA Camacari - BA		04/2026		Mensal			
CNPJ 22.849.328/0005-43		CPF: 887.840.965-00					
Cadastro 254	Nome do Funcionário LEONARDO MOTA DE SOUZA FILHO	CBO 782510	Empresa 530	Local 5	Departamento 001.000.000	FL 01	
Motorista Carreiro		Data Admissão:		06/05/2019			
Ev	Descrição	Referência	Proventos	Descontos			
1	Salario Base	9 Dias	1.010,59				
64	Periculosidade	30,00 %	303,18				
78	Quinquênio	5,00 %	50,53				
1445	Plano de Saude/Odontologico						
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00		94,89			
	2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00		189,78			
1447	Outras Despesas - Plano de Saude/Odonto						
	1 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00		10,73			
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	295,28				
1861	Prêmio por desempenho		667,00				
1863	Premiação SASCAR		97,57				
1950	INSS	14,00 %		210,00			
Total			2.128,87	505,40			
Total Líquido				1.623,47			
Salário Base	Sal Cont INSS	Bas Cálculo FGTS	FGTS Mês	Base IRRF C/Ded Simp	Faixa	Dep	
3.368,62	7.858,23	7.858,23	628,65	1.521,67	0,00	01	
Recebi em: ___/___/___		Assinatura: _____					

0530-A G B LOGISTICA LTDA		Demonstrativo de Pagamento de Salário					
A G B LOGISTICA LTDA Camacari - BA		04/2026		Mensal			
CNPJ 22.849.328/0005-43		CPF: 887.840.965-00					
Cadastro 254	Nome do Funcionário LEONARDO MOTA DE SOUZA FILHO	CBO 782510	Empresa 530	Local 5	Departamento 001.000.000	FL 01	
Motorista Carreiro		Data Admissão:		06/05/2019			
Ev	Descrição	Referência	Proventos	Descontos			
1	Salario Base	9 Dias	1.010,59				
64	Periculosidade	30,00 %	303,18				
78	Quinquênio	5,00 %	50,53				
1445	Plano de Saude/Odontologico						
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00		94,89			
	2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00		189,78			
1447	Outras Despesas - Plano de Saude/Odonto						
	1 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00		10,73			
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	295,28				
1861	Prêmio por desempenho		667,00				
1863	Premiação SASCAR		97,57				
1950	INSS	14,00 %		210,00			
Total			2.128,87	505,40			
Total Líquido				1.623,47			
Salário Base	Sal Cont INSS	Bas Cálculo FGTS	FGTS Mês	Base IRRF C/Ded Simp	Faixa	Dep	
3.368,62	7.858,23	7.858,23	628,65	1.521,67	0,00	01	
Recebi em: ___/___/___		Assinatura: _____					