

0530-A G B LOGISTICA LTDA		Demonstrativo de Pagamento de Salário					
A G B LOGISTICA LTDA Camacari - BA		06/2025		Mensal			
CNPJ 22.849.328/0005-43		CPF: 902.244.425-20					
Cadastro 142	Nome do Funcionário JOAO JACIRALDO DOS SANTOS	CBO 782510	Empresa 530	Local 5	Departamento 001.000.000	FL 01	
Motorista Carreiro		Data Admissão:		16/11/2016			
Ev	Descrição	Referência	Proventos	Descontos			
1	Salario Base	30 Dias	3.177,94				
35	Horas Extras 50% Diurnas	033:22 hs	972,74				
49	Horas Extras 100% Diurnas	002:87 hs	111,93				
59	DSR S/Horas Extras Diurnas	013:88 hs	271,17				
64	Periculosidade	30,00 %	953,38				
78	Quinquênio	5,00 %	158,90				
343	Vales			430,00			
820	Desconto Adiantamento - IRRF			1.652,53			
1391	Dsr sobre Adic.Noturno	000:25 hs	0,98				
1392	ADICIONAL NOTURNO (V)	001:00 hs	3,90				
1445	Plano de Saúde/Odontológico						
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00		94,89			
	2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00		284,67			
	3 - Titular/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA	30,00		18,25			
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		06/2025		Mensal			
CNPJ 22.849.328/0005-43		CPF: 902.244.425-20					
Cadastro 142	Nome do Funcionário JOAO JACIRALDO DOS SANTOS	CBO 782510	Empresa 530	Local 5	Departamento 001.000.000	FL 02	
Motorista Carreiro		Data Admissão:		16/11/2016			
Ev	Descrição	Referência	Proventos	Descontos			
1447	4 - Dependente/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA	30,00		54,75			
	Outras Despesas - Plano de Saúde/Odonto						
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00		24,35			
	2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00		139,00			
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				
	3 - Titular/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA	30,00	13,11				
	4 - Dependente/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA	30,00	39,33				
1861	Prêmio por desempenho		760,53				
1863	Premiação SASCAR		336,00				
1920	IRRF	22,50 %		250,40			
1950	INSS	14,00 %		600,71			
		Total		6.747,47		3.549,55	
		Total Líquido		3.197,92			
Salário Base	Sal Cont INSS	Bas Cálc FGTS	FGTS Mês	Bas Cálc IRRF	Faixa	Dep	
3.177,94	5.650,94	5.650,94	452,07	4.115,05	22,50	02	

Recebi em: ___/___/___ Assinatura: _____

0530-A G B LOGISTICA LTDA		Demonstrativo de Pagamento de Salário					
A G B LOGISTICA LTDA Camacari - BA		06/2025		Mensal			
CNPJ 22.849.328/0005-43		CPF: 902.244.425-20					
Cadastro 142	Nome do Funcionário JOAO JACIRALDO DOS SANTOS	CBO 782510	Empresa 530	Local 5	Departamento 001.000.000	FL 01	
Motorista Carreiro		Data Admissão:		16/11/2016			
Ev	Descrição	Referência	Proventos	Descontos			
1	Salario Base	30 Dias	3.177,94				
35	Horas Extras 50% Diurnas	033:22 hs	972,74				
49	Horas Extras 100% Diurnas	002:87 hs	111,93				
59	DSR S/Horas Extras Diurnas	013:88 hs	271,17				
64	Periculosidade	30,00 %	953,38				
78	Quinquênio	5,00 %	158,90				
343	Vales			430,00			
820	Desconto Adiantamento - IRRF			1.652,53			
1391	Dsr sobre Adic.Noturno	000:25 hs	0,98				
1392	ADICIONAL NOTURNO (V)	001:00 hs	3,90				
1445	Plano de Saúde/Odontológico						
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00		94,89			
	2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00		284,67			
	3 - Titular/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA	30,00		18,25			
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		06/2025		Mensal			
CNPJ 22.849.328/0005-43		CPF: 902.244.425-20					
Cadastro 142	Nome do Funcionário JOAO JACIRALDO DOS SANTOS	CBO 782510	Empresa 530	Local 5	Departamento 001.000.000	FL 02	
Motorista Carreiro		Data Admissão:		16/11/2016			
Ev	Descrição	Referência	Proventos	Descontos			
1447	4 - Dependente/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA	30,00		54,75			
	Outras Despesas - Plano de Saúde/Odonto						
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00		24,35			
	2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00		139,00			
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				
	3 - Titular/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA	30,00	13,11				
	4 - Dependente/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA	30,00	39,33				
1861	Prêmio por desempenho		760,53				
1863	Premiação SASCAR		336,00				
1920	IRRF	22,50 %		250,40			
1950	INSS	14,00 %		600,71			
		Total		6.747,47		3.549,55	
		Total Líquido		3.197,92			
Salário Base	Sal Cont INSS	Bas Cálc FGTS	FGTS Mês	Bas Cálc IRRF	Faixa	Dep	
3.177,94	5.650,94	5.650,94	452,07	4.115,05	22,50	02	

Recebi em: ___/___/___ Assinatura: _____